Б-05

Беларуская
музычная
думка
№ 5-8

1929 год.

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

5-ты ГОД ВЫДАНЬНЯ

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

№ 5—8

МАЙ—ЖНІВЕНЬ

1929

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ БССР

МЕНСК

Пралетары ўсіх краеў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

5-ты ГОД ВЫДАНЬНЯ

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

№ 5—8

МАЙ—ЖНІВЕНЬ

1929

ВЫДАНЬНЕ
НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ БССР
МЕНСК

Заказ № 3175. У ліку 750 экз. Галоўлітбел № 2070.

Менск. Друкарня Беларускага Дзяржаўнага Выдавецтва.

ГРАМАДЗКАЯ АХОВА ЗДАРОЎЯ І ГІГІЭНА.

Асноўныя моманты пяцігадовага пляну будаўніцтва аховы здароўя ў Савецкай Беларусі.

М. Барсукоў.

Мы жывем у эпоху складаньня вялікіх плянаў, вялікіх меркаваньняў. На нашых вачох адбываецца поўная зьмена старых форм вядзеньня народнай гаспадаркі. Краіна індустрыялізуецца. Саха ня толькі ўступае сваё месца плугу, але ўжо пачынае капітуляваць перад трактарам. Вялікія сацыяльныя зьдзьвігі ў корані зьмяняюць бытавы ўклад народнага жыцьця, ствараюць эканамічныя ўзаемаадносіны, твораць новую пралетарскую культуру.

І на гэтым фоне ўзрастаюць складаныя запросы рабочых і сялянскіх мас у здавальненьні іх мэдыка-санітарнай дапамогай. Натуральна, што плян будаўніцтва аховы здароўя павінен быць цесна ўвязаны з агульным плянам народнай гаспадаркі, бо ахова здароўя зьяўляецца складанай часткай усёй экономікі краіны.

Калі складаньне агульнага генэральнага пляну Рэспублікі прадстаўляе надта трудную задачу, дык ня менш складаным зьяўляецца і спроба ўкласьці ў плянавыя рамкі мэдыка-санітарную справу. Ня трэба ніколі забывацца на тое, што савецкая ахова здароўя—справа сваеадменная, закліканая да жыцьця Кастрычнікавай рэвалюцыяй. Ад старога мы атрымалі толькі асобныя часткі, абрыўкі. Стройнай сыстэмы, прадуманай ад пачатку да канца, ня было за час царызму. Мэдыцына была раскідана па розных арганізацыях і над усім гэтым вітаў дух у лепшым выпадку—земскага лібэралізму, а ў горшым—нічым ня прыкрытай казёншчыны.

Галоўную труднасьць, якую прыходзіцца перамагаць—гэта адшуканьне ўсялякіх нормаў і маштабаў, на падставе якіх можна было-б абгрунтаваць свае плянавыя меркаваньні. Усе гэтыя так званыя нармальныя радыусы, ложкавыя вылічэньні, нормы выдаткаваньня насельніцтвам грашовых сродкаў на мэдыцынскую дапамогу—прадстаўляюць эмпірычныя формулы, складзеныя ў старыя часы без вучоту новых абставін, новых форм сацыяльна-эканамічных узаемаадносін. Вось чым нашыя пляны, як першая спроба, яшчэ доўгі час будуць вымагаць унясеньня карэктываў, і тут праца інстытутаў сацыяльнай гігіэны павінна будзе мець найвялікшае значэньне. Неабходна паставіць перад інстытутамі сацыяльнай гігіэны зусім выразную, практычную задачу—навукова распрацаваць цэлы шэраг пытаньняў, зьвязаных з навуковым сацыял-гігіэнічным абаснаваньнем пляну будаўніцтва аховы здароўя.

У Беларусі мы спрабавалі гэта зрабіць і ў складаньні нашага пляну прымаў удзел ня толькі Наркамаховы Здароўя і Дзяржплян, але таксама і Інстытут Сацыяльнай Гігіэны.

Якую агульную ацэнку можна даць нашаму пяцігадоваму пляну будаўніцтва аховы здароўя? Безварункова, ён зьяўляецца мінімальным як у сэнсе здавальньня запросаў разьвіваўшайся прамысловасьці і сельскай гаспадаркі, так і па здавальненьню запросаў працоўных мас да

мэдыка-санітарнай справы. Але, улічваючы вузкія ліміты, якія былі нам даны, трэба сказаць, што ён адказвае агульнай палітычнай лініі як у клясавым, таксама і ў прафіляктычным разрэзе. Узята правільная лінія на ўзмацненьне санітарнай арганізацыі, на ўзмацненьне барацьбы з сацыяльнымі хваробамі і на набліжэньне мэдыцынскай дапамогі да працоўных шляхам арганізацыі на дыспансэрных асновах, у першую чаргу, доктарскіх амбуляторый на вёсцы і пунктаў першай дапамогі на прадпрыемствах.

Незалежна ад усяго гэтага, нам трэба адкрыта сказаць, што мы ўступаем у найбольш трудны і адказны пэрыяд будаўніцтва аховы здароўя. Індустрыялізацыя краіны і поўная рэканструкцыя народнай гаспадаркі патрабуюць ад Рэспублікі вялікага напружаньня ўсёй эканомікі. Ужо і цяпер пачынае заўважацца тэндэнцыя да зьніжэньня ўдзельнай вагі аховы здароўя ў мясцовым бюджэце. К канцу пяцігодкі ўдзельная вага не падвысіцца, а нават некалькі зьнізіцца ў адносінах да ўсяго бюджэту Рэспублікі. Так, калі ў 1929 г. ўдзельная вага асыгнаваньняў на справу аховы здароўя разам і па дзяржаўнаму і мясцоваму бюджэту без лячэбнага фонду „Г“, складае 5,5 проц., дык у 1933 г. яна будзе роўнай 5,3 проц. Адсутнасьць гатовага жыльлёвага фонду зьявіцца значнай перашкодай для разгортваньня новай мэдыка-санітарнай сеці. Слабая падрыхтоўка спэцыялістых не дае на бліжэйшыя годы магчымасьці кваліфікаваць мэдыцынскую дапамогу. Гэта асабліва будзе адбівацца на падрыхтоўцы санітарных дактароў і одонтолёгаў. Адказным гэты пэрыяд будзе і таму, што самая сыстэма мэдыка-санітарнага абслугоўваньня вымагае значных зьмен, бо сацыялістычная рэканструкцыя сельскай гаспадаркі прымусіць цэнтр увагі доктара на вёсцы перанесьці на калгасы, камуны і саўгасы, а ў горадзе разьвіваная прамысловасьць і практычнае ажыцьцяўленьне сямігадзіннага рабочага дню высоўвае праблему ня толькі поўнай дыспансэрызацыі лячэбных і амбуляторных устаноў, але і адпаведнага іх прыстасаваньня для аказаньня мэдыцынскай дапамогі.

Савецкая Беларусь па перапісу 1926 году мела насельніцтва 4.983.240 чалавек з гушчынёй насельніцтва ў сярэднім 39,5 жыхароў на 1 кв. клм. Цяпер гэтыя лічбы ў значнай ступені ўжо ўстарэлі.

На 1 студзеня 1929 г. насельніцтва ў БССР—5.171.089. Рэспубліка падзелена на 8 акруг, маючых 101 раён, 1.416 сельскіх, 53 местачковых і 29 гарадзкіх саветаў.

Натуральны рух насельніцтва БССР прадстаўляецца ў наступным выглядзе:

На 1.000 насельніцтва

	Нараджэньняў					Сьмяротнасьць				
	1911 1913	1924	1925	1926	1927	1911 1913	1924	1925	1926	1927
БССР . . .	38,5	39,8	42,3	41,3	39,1	19,1	15,3	18,7	14,9	14,2
а) акруг. гарады .	—	33,8	32,6	31,1	29,4	—	17,3	15,8	14,4	12,6
б) інш. карадз. пасел.	—	32,7	33,5	33,8	32,0	—	12,5	14,7	12,7	12,0
в) сельск. мясц. .	—	41,0	44,1	43.2	40,7	—	15,3	19,4	15,2	14,6

Дзіцячая сьмяротнасьць

	Натуральны прырост					На 100 дзяцей нарадзіўшыхся памерла дзяцей малодш. 1 г.				
	1911 1913	1924	1925	1926	1927	1911 1913	1924	1925	1926	1927
БССР. . . .	19,4	24,5	3,6	26,4	24,5	17,9	10,0	12,3	10.2	9,9
а) акруг. гарады .	—	16,5	16,8	16,7	16.8	—	12,5	11,2	12,1	10,0
б) інш. гарадз. пасел.	—	20,2	21,1	23,0	22,2	—	9,1	11,2	9,9	9,7
в) сельск. мясц. .	—	25,7	24,7	28,3	26,1	—	9,9	12.5	10,0	9,9

Натуральны прырост насельніцтва за 5 гадоў па БСРР вылічваецца ў разьмеры—12,6 проц.

Праца на вёсцы: Рацыяналізацыя мэдыка-санітарнай справы ў горадзе і прыстасаваньне апошняй да патрэб працоўных, цалкам упіраецца ў пастаноўку мэдыцыны на вёсцы. Толькі тады, калі горад будзе разгружаны ад тых хворых, якія часта самацёкам, стыхійна ідуць у нашыя гарадзкія лячэбна-прафіляктычныя ўстановы, мы зможам стварыць нармальныя ўмовы працы і быту гарадзкіх дактароў. Акрамя масавага запаўненьня больніц, мы маем перад сабой і значную небясьпеку заносу ў горад усякага роду інфэкцый. Усё гэта ставіць перад намі задачу аб рацыяналізацыі мэдыцынскай дапамогі на вёсцы. Адным з мэтадаў гэткай рацыяналізацыі зьявіцца ў першую чаргу зьмяншэньне радыусу абслугоўваньня сялянства, набліжэньне апошняга да доктара. У сучасны момант радыус сфэры дзейнічаньня сельскай доктарскай амбуляторыі ў сярэднім раўны—12.6 клм. К канцу пяцігодкі ён паменшыцца да 11.3 клм. Зразумела, гэтая лічба нас далёка ня можа задаволіць і трэба імкнуцца да далейшага зьніжэньня, каб радыус па магчымасьці давесьці да 5 клм.

Асноўным тыпам мэдыцынскай установы на вёсцы павінна зьявіцца доктарская амбуляторыя з дыспансэрным распарадкам сваёй працы. Па пляну мы намячаем пабудаваць 74 сельскіх доктарскіх амбуляторыі замест гэткай-жа колькасьці ўжо існуючых фэльчарскіх пунктаў. Гэткім чынам замест 269 сельскіх доктарскіх амбуляторый, маючыхся ў 1929 годзе, к канцу 1933 г. мяркуецца мець 326. Будаваць сельскія амбуляторыі пажадана ў першую чаргу ў калгасах, саўгасах. Усе функцыі, якія належаць лячэбным установам дыспансэрнага тыпу, павінны быць улічаны пры арганізацыі сельскай доктарскай амбуляторыі, задачай якой зьяўляецца поліклінічная дапамога вакольнаму насельніцтву і ў першую чаргу сацыялістычнаму сэктару. У кожнай амбуляторыі мяркуецца мець аптэку і зубалячэбны габінэт. У штаце амбуляторыі павінна быць два доктара, акушэрка і сёстры-абсьледавацельніцы. Неабходна прадугледзець таксама і транспартныя сродкі. Трэба дакладна абмяжоўваць граніцы дыспансэрнай працы гэткай амбуляторыі ў тэрыторыяльных адносінах. Гэта не азначае, што гэткая амбуляторыя будзе адмаўляць у мэдыцынскай дапамозе сялянам, якія будуць прыходзіць з сумежнага вучастку, але гэта трэба зрабіць дзеля таго, каб доктар дакладна ведаў, за які вучастак у дыспансэрных адносінах ён нясе адказнасьць.

Дапаможным зьвяном да гэтага сельскага дыспансэру павінна быць акушэрска-фэльчарскі пункт, задача якога, галоўным чынам, аказваць

акушэрскую дапамогу і служыць правадыром ідэй аховы мацярынства і маладзенства сярод мясцовага сялянства. У сучасны момант, у сувязі з правядзеньнем кампаніі па самаабкладаньню, пачынаюць стыхійна расьці фэльчарскія пункты. З гэтым зьявішчам, як з выяўленьнем фэльчарызму, неабходна ўсямерна бароцца і растлумачваць сялянам, што гэткая дапамога зьяўляецца найгоршым відам знахарства. З другога боку, гэтую стыхію можна ўзяць у свае рукі і накіраваць па законнаму руслу, калі замест фэльчароў на гэткія пункты прызначаць акушэрак, якія маглі-б аказваць і першую мэдыцынскую дапамогу. Ахове мацярынства і маладзенства неабходна зьвярнуць увагу на гэтыя пункты і праз адпаведна падрыхтаваных акушэрак абярнуць іх у сваю пэрыфэрычную базу па санітарнаму выхаваньню сялянак на вёсцы. Усе гэтыя пункты павінны працаваць пад кіраўніцтвам доктара—загадчыка сельскім дыспансэрам. Па пяцігадоваму пляну фэльчарскія пункты, па меры адчыненьня сельскіх дыспансэраў, паступова ліквідуюцца. Сеть іх скарачаецца на 52,5%, г. зн. з 141 да 67.

Станцыянарам гэткага сельскага дыспансэру павінна быць раённая больніца на 40 ложак. Мы мяркуем па пяцігадоваму пляну перабудаваць 30 новых раённых больніц, за лік ужо існуючых, што не павялічыць агульнай колькасьці раённых больніц, але дасьць колькаснае і якаснае павялічэньне ложкавага фонда. Гэткім чынам к канцу пяцігодкі ў нас без зьмяненьня застанецца 123 раённых больніцы. Калі ў 1929 г. адна раённая больнічная койка абслугоўвала насельніцтва ў 1.753 чал., дык у 1933 г. адна койка будзе прыходзіцца на 1.500 чал. Плошча доктарскага вучастку з 480 кв. клм. зьменшыцца да 380 кв. клм. Па нашаму пляну раённая больніца ў асноўным павінна складацца з 4 аддзяленьняў: агульнага саматычнага, хіругічна-гінеколёгічнага, радзільнага і інфэкцыйнага з койкамі для цяжкіх выпадкаў сацыяльных хвароб— адкрытых форм тубэркулёза, сіфіліса і трахомы. Акрамя таго, мяркуецца яшчэ пабудаваць пры раённых больніцах 8 заразных аддзяленьняў. Замест двух дактароў неабходна мець трох, па наступным спэцыяльнасьцям: хірурга з акушэрска-гінеколёгічнай падрыхтоўкай, тэрапэўта і доктара спэцыялістага, з ухілам па роду сацыяльных хвароб (тубэркулёз, вэнэрычныя хваробы, трахома) у залежнасьці ад тых ачагоў, на тэрыторыі якіх яму прыдзецца працаваць. Пры больніцы павінна быць амбуляторыя, пастэраўскі пункт, лябараторыя і прасьцейшага тыпу дэзкамэра. Лябараторыя тэрыторыяльна павінна быць агульнай і для больніцы і для санітарнага доктара. Гэта, зразумела, часовае зьявішча і, як правіла, не павінна мець месца ў далейшым. У шмат раённых больніц, як і ў сельскіх дактарскіх амбуляторыях, неабходна будзе ўвесьці сясьцёр-абсьледвацельніц для сацыяльнай тэрапіі. Пры новых мэдыцынскіх пабудовах на вёсцы трэба абавязкова прадугледжваць памяшканьне для мэдыцынскага пэрсаналу. Раённыя больніцы павінны быць забясьпечаны транспартам, каб мець магчымасць абслугоўваць сялян у санітарна-прафіляктычных адносінах.

Цэнтрам па ахове мацярынства і маладзенства на раёне павінна зьявіцца дзіцячая кансультацыя. Іх мяркуецца арганізаваць 110 замест маючыхся 64. Дзіцячая кансультацыя павінна кіраваць ва ўвесь час летняй ясельнай кампаніі, яны павінны ведаць як арганізацыяй новых ясьляў, таксама і працай ужо функцыянуючых. Мяркуецца замест 214 палявых ясьляў пры канцы пяцігодкі мець 500. Гэта толькі за кошт дзяржавы. Датацыя грамадзкіх арганізацый і ініцыятыва самаго сялянства тут зусім ня ўлічваецца. Дзіцячая кансультацыя не павінна браць на сябе лячэбных функцый і ўсю працу павінна праводзіць выключна пад пунктам погляду ўзмацненьня ў сялянскім быце элемэнтаў здаро-

вага выхаваньня дзіцяці і гігіены палавога жыцьця. Але гэта не азначае, што кансультацыя павінна адмаўляць сялянцы ў радах лячэбнага характару. Як правіла, адзін дзень у тыдзень павінен быць прысьвечаны выезду доктара кансультацыі на раён, у прыватнасьці на акушэрска-фэльчарскія пункты.

Па лініі аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў мяркуецца ў буйных прамысловых раёнах арганізаваць 27 пунктаў АЗДП замест 7 існуючых. Ім будуць належаць функцыі і па абслугоўваньню фізкультурнікаў.

Адным з галоўнейшых зьвеньняў на раёне павінна зьяўляцца санітарная арганізацыя. Тут асноўная задача доктара—быць адным з арганізатараў новага быту на вёсцы. Дзеля гэтага для яго зьяўляецца абавязковым удзел у разглядзе ўсіх тых плянаў, якія распрацоўваюцца на раёне ў сувязі з новым будаўніцтвам калгасаў і савгасаў: удзельнічаць у мэліаратыўных працах; займацца пытаньнямі будаўніцтва лазьняў і студняў; удзельнічаць у пляніроўцы вёсцы і забудоўцы яе хатамі новага тыпу; наглядаць за санітарным становішчам школ і кіраваць аховай здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў і фізкультурнікаў у тых мясцох, дзе яшчэ будуць адсутнічаць пункты АЗДП. Санітарны доктар абавязан кансультаваць сельскіх дактароў па санітарным мерапрыемствам. Пад кіраўніцтвам санітарнага доктара праводзяцца і шырокія супроць-эпідэмічныя мерапрыемствы, як, напрыклад, экстрэнная шпіталізацыя на месцы масавых выпадкаў захворваньня высыпным тыфусам. Мы лічым немэтазгодным пры масавым захворваньні насельніцтва высыпным тыфусам транспартаваць хворых з вёскі ў раён, а тым больш у акруговы горад. Неабходна там-жа, на месцы скарыстоўваць усе грамадзкія будынкі для гэткай шпіталізацыі. Як рашучы мэтад барацьбы з высыпным тыфусам Нар. Кам. Аховы Здароўя ў пяцігадовым пляне высоўвае перад камунальнымі органамі задачу пабудовы ў кожным раённым цэнтры лазьні з дэзкамэрай і грамадзкай пральняй.

Правадырамі санітарнай культуры ў вёсцы пад кіраўніцтвам санітарнага доктара павінны быць санітарныя камісіі с.-саветаў, санітарна-вэтэрынарныя папячыцелі і санітарныя ўпаўнаважаныя ў калгасах і ў савгасах. Таксама вялікую дапамогу санітарнаму доктару могуць аказваць ячэйкі Чырвонага Крыжу ў вёсцы, гурткі першай дапамогі і санітарныя дружыны. Усе гэтыя паасобныя зьвеньні савецкай грамадзкасьці павінны быць усямерна скарыстаны санітарным доктарам і пад яго кіраўніцтвам актывізаваны ў сваёй дзейнасьці. Да канца пяцігодкі мяркуецца мець ня менш аднаго санітарнага доктара на раён.

Без актыву сялянскай грамадзкасьці будзе цяжка ажыцьцявіць усе гэтыя вялізарныя задачы па аздараўленьню вёскі, якія ставіць перад сабой Нар. Кам. Аховы Здароўя. Для гэтага з асобнай настойлівасьцю неабходна дабівацца арганізацыі Саветаў Сацыяльнай Дапамогі пры ўсіх лячэбна-прафіляктычных установах на раёне. Такі Савет, складзены з беднякоў, батракоў, сераднякоў, калгасьнікаў і актывістак-сялянак, дасьць магчымасьць доктару найлепшым чынам скарыстоўваць энэргію сялянства ў справе палепшаньня мэдыка-санітарнай дапамогі. Асобны інтарэс прадстаўляе правадзімая ў сучасны момант Камітэтам Сялянскай Узаемадапамогі кампанія па страхоўцы сялянак на выпадак мацярынства. Неабходна ўсім дактаром раёну і ў першую чаргу доктару дзіцячай кансультацыі, зьвязацца з імі і ўзяць на сябе мэдыцынскае кіраўніцтва ўсёй гэтай справай.

На чале ўсёй мэдыка-санітарнай арганізацыі раёну пры раённым Выканаўчым Камітэце павінен стаяць або загадчык раённай больніцы, або раённы санітарны доктар, у залежнасьці ад мясцовых умоў, які

будзе выконваць абавязкі райздрава. Маючы поўную самастойнасьць у сваёй працы і адказваючы за свае ўстановы, дактары раёну каардынуюць агульную лінію працы з Райздравамі. Апошні праводзіць гэта як шляхам выездаў на раён, таксама пэрыядычным скліканьнем раённых доктарскіх канфэрэнцый.

Праца ў сацыялістычным сэктары сельскай гаспадаркі. Прыдаючы вялікае палітычнае значэньне сацыялістычнаму сэктару сельскай гаспадаркі, як эканамічнай і палітычнай базе на вёсцы, Нар. Кам. Аховы Здароўя ў сваім пяцігадовым пляне намеціў цэлы шэраг аздараўляючых мерапрыемстваў у гэтым напрамку.

Для задавальненьня мэдыцынскай дапамогай калектыўных гаспадарак мяркуецца прымацаваць апошнія да бліжэйшых мэдыка-санітарных установ (да больніцы, амбуляторый, кансультацый). У найбольш буйных калгасах, пры наяўнасьці ў іх ня менш 100 чал. дарослага насельніцтва, а пры куставым аб'яднаньні і менш 100,—будуць арганізаваны мэдыцынскія пункты першай дапамогі.

У калгасах, налічваючых ня менш 15 дзяцей ясельнага ўзросту, неабходна ў першую чаргу арганізаваць палявыя яслі і імкнуцца да арганізацыі сталых ясьляў, працуючых увесь год, скарыстоўваючы для гэтага сродкі саміх калгасаў. Раённым кансультацыям трэба практыкаваць выезды ў калгасы пераважна перад выездамі ў вёску. Неабходна таксама ня менш двух разоў у год рабіць пагалоўныя мэдыцынскія агляды калгасьнікаў, ускладаючы гэтыя абавязкі на бліжэйшага вучастковага доктара.

Санітарная арганізацыя павінна зьвярнуць сваю ўвагу на пашырэньне жыльлёвага будаўніцтва ў калгасах і цалкам забясьпечыць санітарна-асьветнае абслугоўваньне апошніх лекцыямі, бяседамі, санасьветнай літаратурай. Трэба прыблізіць праз каапэрацыю забясьпечаньне калгасаў прадметамі санітарна-гігіэнічнага значэньня: мылам, зубнымі шчоткамі і г. д.

Каб уцягнуць у мэдыцыну калгасьнікаў, неабходна ў іх арганізоўваць ячэйкі аховы здароўя, якія сваю працу будуць кантактаваць з мясцовымі грамадзкімі арганізацыямі (санкамісіі пры сельскіх саветах, саветы сацыяльнай дапамогі пры больніцах і амбуляторыях, Чырвоны Крыж і г. д.).

У пляне прадугледжваецца таксама і матар'яльны ўдзел калгасаў у мэдыка-санітарнай справе. Мы лічым, што сродкі калгасаў павінны ісьці на наступныя мерапрыемствы: а) новае будаўніцтва мэдыка-санітарных установ (яслі, кансультацыі, пункты першай дапамогі), б) абсталяваньне мэдыцынскіх установ інвэнтаром агульнага характару і забясьпячэньне камунальнымі паслугамі (водазабясьпека, асьвятленьне і ацяпленьне), в) забесьпячэньне дзяцей у ясьлях прадуктамі харчаваньня натурай, г) утрыманьне некваліфікаванага пэрсаналу ў ясьлях, д) прадстаўленьне вучастковаму мэдыцынскаму пэрсаналу транспарту як для пэрыядычных і санітарных аглядаў, таксама і для аказаньня мэдыцынскай дапамогі, е) пры ўсіх калгасах трэба арганізаваць спэцыяльныя фонды для курортнага лячэньня і для палепшаньня быту.

Праца ў горадзе. Асноўнай задачай у горадзе на бліжэйшыя 5 гадоў павінна быць канчатковае афармленьне дыспансэрнай дапамогі ва ўсіх амбуляторыях і больніцах. Тут асабліва трэба зьвярнуць увагу на амбуляторную дапамогу, якая непасрэдна знаходзіцца на прадпрыемствах. На кожным заводзе, маючых ня менш 100 рабочых, трэба арганізаваць пункт першай дапамогі. Зараз мы іх маем у колькасьці 57, пры канцы пяцігодкі іх будзе—75. Мэдыцынскі пункт на заводзе павінен стаць найгалоўнейшым зьвяном у гарадзкой мэдыцыне. Гэты

пункт не павінен замыкацца ў вузка-лячэбную працу, але павінен зьмяніцца ў дыспансэр з усімі абавязкамі, якія апошняму належаць. Мэдыцынскі пункт павінен быць зьвязаны з санітарнай арганізацыяй, бо мерапрыемствы па ахове працы павінны цікавіць ня толькі органы аховы працы, але і кожную мэдыцынскую арганізацыю, якая працуе на заводзе. Задача доктара і органаў аховы здароўя дабівацца пры будаўніцтве новых заводаў абавязковай пабудовы заводакіраўніцтвамі памяшканьняў для амбуляторных пунктаў, ясьляў, кансультацый і кватэр для мэдпэрсаналу. Доктар, які працуе на заводзе, абавязан скарыстаць і рабочы актыў для прафіляктычных мэт. Гэткім актывам зьяўляюцца камісіі па ахове працы і вытворчыя нарады.

Другім зьвяном працы ў горадзе павінна быць правільна арганізаваная дапамога на даму, раённая і хуткая дапамога. У 1929 г. было 120 дактароў, у 1933 г. мяркуецца іх мець—145. Асноўным дэфэктам усіх гэтых відаў дапамогі зьяўляецца: а) несваечасовасьць аказаньня першай дапамогі дактарамі з прычыны іх перагружанасьці, б) часамі непатрэбная эксплёатацыя доктара хворымі і в) ня зусім пільнае раёніраваньне гораду і недастатковая сувязь раённых дактароў і дактароў, якія аказваюць дапамогу на даму з дыспансэрамі. Гэткім чынам пытаньні аздараўленьня працы і быту, якія ў першую чаргу павінны цікавіць працаўнікоў гэтых відаў дапамогі, недастаткова выяўлены і дактары імі мала цікавяцца. Неабходна на бліжэйшы час паставіць задачу аб рацыяналізацыі ўсёй гэтай справы.

Трэцім зьвяном у горадзе павінен быць дыспансэр. Калі тубэркулёзныя дыспансэры ў БССР за апошнія два гады разгарнулі шырокую прафіляктычную працу па аздараўленьні працы і быту рабочых, дык гэтага нельга сказаць пра дыспансэры вэнэролёгічныя, праца якіх да гэтага часу яшчэ ня мае цалкам прафіляктычнага характару. Саветы па барацьбе з прастытуцыяй цягнуць самае жаласнае існаваньне, грамадзкая барацьба з вэнэрызмам вядзецца слаба. Асноўная задача, якая стаіць перад усімі дыспансэрамі—гэта найбольшая ўвязка сваёй працы з дактарамі дапамогі на даму, з саветамі сацыяльнай дапамогі, з сэкцыямі аховы здароўя і з камісіямі аховы працы. Тубэркулёзныя дыспансэры павінны зьяўляцца застрэльшчыкамі пераводу рабочых з дрэнных жыльлёвых памяшканьняў у больш лепшыя. Актыўным балянсам працы саветаў сацыяльнай дапамогі пры тубэркулёзных дыспансэрах будзе зьяўляцца найбольшая колькасьць выпадкаў палепшаньня ўмоў працы і быту патраніруемых рабочых.

Перад вэнэролёгічнымі дыспансэрамі на бліжэйшы час стаіць праблема ператварэньня іх у праўдзівыя прафіляктычныя ўстановы, мэтадам працы якіх павінна быць ня толькі індывідуальнае лячэньне хворых, але і аздараўленьне сямейна-бытавых умоў. Вэнэролёгічны дыспансэр павінен садзейнічаць арганізацыі прафілякторыяў для жанчынадзіночак, якія ня маюць заняткаў і ўпалі ў прастытуцыю. Нар. Кам. Аховы Здароўя лічыць, што задачай гэткага прафілякторыя зьяўляецца галоўным чынам санітарна-выхаваўчая праца сярод патраніруемых жанчын на падставе трудавога мэтаду. Немэтазгодна арганізоўваць прафіляктары для хуткай дапамогі ў мэтах папярэджаньня заражэньня вэнэрычнымі хваробамі. Гэтую працу можа ў неабходных выпадках весьці і сам вэнэролёгічны дыспансэр. У пяцігадовым пляне будуць распрацаваны і практычныя мерапрыемствы па барацьбе з прастытуцыяй.

Барацьба з сацыяльнымі хваробамі ў пяцігадовым пляне прадугледжваецца, галоўным чынам, па чатырох інфэкцыях найбольш моцна распаўсюджаных у БССР: па тубэркулёзу (122,5 на 10.000 нас.), па сіфілісу (13,7 на 10.000 нас.), па трахоме (76,3 на 10.000 нас.) і па

грыбковых захворваньнях—парша (10,3 на 10.000 нас.). Усе гэтыя лічбы ўзяты з ЦСУ БССР на 1927 г. У барацьбе з сацыяльнымі хваробамі вялізарнае значэньне, можна сказаць—рашаючае набывае правільна арганізаваная мэдыцынская дапамога на раёне, бо сельская доктарская амбуляторыя павінна быць так пастаўлена, каб хоць-бы тры інфэкцыі—тубэркулёз, трахома і сіфіліс—былі ўзяты пад сталы нагляд і лячэньне. Трэба паставіць перад раённай мэдыка-санітарнай арганізацыяй задачу к канцу пяцігодкі зусім ліквідаваць бытавы сіфіліс на вёсцы. Лячэньне грыбковых захворваньняў—паршы,—павінна ісьці, галоўным чынам, па лініі далейшага павялічэньня колькасьці рэнтгэнаўскіх габінэтаў.

Сецць па сацыяльным хваробам прадстаўляецца ў гэткім відзе:—У дробных лічбах чысьліцелі будуць выяўляць колькасьць мяркуемых па пяцігодцы ўстаноў, а знамянацель—тое, што ёсьць цяпер. Туб. дыспансэры—13/12, туб. пункты—12/5, туб. ложкі ў санаторыях—295/205, туб. ложкі пры дыспансэрах—86/76, у начных станцыянарах—240/153, пры дзіцячых пляцоўках—175.

Колькасьць вэнэролёгічных дыспансэраў застаецца бяз зьмены—11, вэн. пунктаў—6/2.

Фавозныя лячэбніцы—4/4, дыспансэры па прафэсыйным захворваньням—8/4.

Для навукова-дасьледчых мэт і для агульнага навуковага кіраўніцтва па барацьбе з вэнэрызмам у канцы пяцігодкі мяркуецца арганізаваць Скурна-Палавы Інстытут.

Чацьвертым зьвяном мэдыцынскай арганізацыі ў горадзе зьяўляецца акруговая больніца з правільнымі ўзаемаадносінамі паміж сабой сваіх частак-аддзяленьняў. Акруговая больніца павінна зьяўляцца кансультацыйным цэнтрам для раёну і месцам для ўдасканаленьня вучастковых дактароў. Пры правільна арганізаванай мэдыка-санітарнай дапамозе на вёсцы, акруговыя больніцы ня будуць перапаўняцца тымі хворымі, якія павінны і могуць лячыцца на раёне. Акруговая больніца абслугоўвае як гарадзкое, таксама і сельскае насельніцтва, але з апошняй групы толькі тых хворых, якія патрабуюць кваліфікаванай дапамогі. Больніца павінна ўзяць прафіляктычны ўхіл у сэнсе падыходу да вывучэньня хворага, і ўся сыстэма лячэньня павінна насіць ня толькі мэдыкамэнтозны характар, але таксама і сацыяльны. Надта важна пры пабудове новых больніц устанавіць для іх цьвёрды стандарт, каб тым самым унікнуць грубейшых памылак у санітарных адносінах. Абсьледваньне цяперашніх лячэбных устаноў паказала, што часта самыя элемэнтарнейшыя санітарныя моманты ў іх адсутнічаюць. Няма вэнтыляцый, дрэннае праветрываньне палат, адсутнасьць ізалятараў, бруднае ўтрыманьне кухні, нездавальняючае мыццё пасуды, забруджваньне двароў, неабучанасьць сярэдняга мэдпэрсаналу ў санітарных адносінах. Усё гэта ня толькі шкодзіць нармальнай працы мэдыцынскіх устаноў, але можа і пасабляць распаўсюджваньню інфэкцыі. Падобныя ўмовы не дазваляюць весьці санітарна-асьветную працу сярод хворых на прыкладзе самой больніцы і тым самым, натуральна, выпадае найгалоўнейшая функцыя лячэбна-прафіляктычных устаноў быць дамамі санасьветы. Усё гэта трэба ўлічыць у пяцігадовым пляне і прыняць крокі да поўнай ліквідацыі санітарных непарадкаў. Неабходна даць на месцы практычныя паказаньні па стандартызацыі будаўніцтва мэдыцынскіх устаноў і санітарна-тэхнічнага абсталяваньня апошніх, усямерна скарыстоўваць практычныя паказаньні вытворчых нарад, зьвярнуць увагу на вытворчую і прафэсыйную дысцыпліну. Акруговыя і гарадзкія сані-

тарныя дактары павінны рэгулярна правяраць санітарнае становішча больніц, амбуляторый і дыспансэраў.

Агульны ложкавы фонд бяз псыхіатрыі і спраўдамоў у акруговых гарадох к канцу пяцігодкі ўзрастае да 3,075 замест 2.568. Гэткім чынам на адно ложка прыдзецца 188 жыхароў замест 200, прымаючы процант прыросту насельніцтва ў гарадох за пяць год каля 11%.

У спраўдамох колькасьць ложкаў павялічыцца нязначна. З 173 да 178.

Наогул колькасьць больнічных ложкаў у БССР, лічачы ўсе віды дапамогі і ў тым ліку вёску, дасягне к 1933 г.—6.455 замест 5.178 цяпер існуючых. Колькасьць гарадзкіх амбуляторый, працуючых непасрэдна ў горадзе, будзе 73 замест 71.

Па лініі аховы мацярынства і маладзенства ў пляне падкрэсьліваецца неабходнасьць далейшага ўзмацненьня дзіцячых устаноў адкрытага тыпу. Тут на першым месцы павінна быць разгорнута будаўніцтва ясьляў на заводах, у новых дамох і ў рабочых інтэрнатах. Актуальнай задачай зьяўляецца ўзмацненьне прафіляктычнай дзейнасьці дзіцячых кансультацый у галіне адукаваньня мацеры і дзіцяці. Улічваючы паграажаючы рост абортаў, якія вядуць за сабой зьніжэньне працаздольнасьці работніц і сялянак, неабходна зьвярнуць увагу ўсёй доктарскай масы на шырокую сыстэматычную, санітарна-растлумачальную працу аб шкодзе аборту. Неабходна праз кансультацыі для цяжарных рэкамэндаваць іншыя мэтады папярэджаньня цяжарнасьці, паколькі гэта папярэджаньне выклікаецца мэдыцынскімі і сацыяльнымі паказаньнямі. Але разам з тым, трэба прызнаць шкодным шырокую прапаганду прымяненьня процізачатачных сродкаў як з мэдыцынскага, таксама і з сацыяльнага пункту гледжаньня, і прапанаваць асьцярожней адносіцца да гэтага пытаньня. Ужываньне процізачатачных сродкаў павінна быць абмяжована і праходзіць пад сталым доктарскім кантролем. Неабходна таксама ўзмацніць і сыстэму патраніраваньня дзяцей.

Сець па ахове мацярынства і маладзенства праэктуецца ў гэткім відзе: дзіц. кансультацыі — 135/66, сталыя яслі — 37/27, дзяцей у іх — 1800/1120, палявыя яслі—500/205, дзяцей у іх—11000/5300, дамы дзіцяці—8/13, дзяцей у іх—499/699, дзіц. патран.—100/40, кансультацыі для цяжарных—29/15, дамы мацяры і дзіцяці—3/1, мясцоў у іх—45/10.

Пытаньні школьнага і фізычнага выхаваньня дзяцей і рабочых падлеткаў, а таксама ўся супольнасьць прафіляктыкі дзіцячага ўзросту павінна быць сканцэнтравана ў так званых дзіцячых дыспансэрах. Трэба акрэсьлена сказаць, што гэта галіна аховы здароўя яшчэ значна адстае і да яе яшчэ не адносяцца з належнай увагай. Да таго-ж і сама прафіляктычная сутнасьць аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў не зусім усьвядомлена дактарамі і часта элемэнты лячэбнай уласьцівасьці замест пэдолёгічных прэваліруюць у працы. У пяцігадовым пляне трэба ўзяць рашучы курс на пэдолёгічны падыход у дзейнасьці АЗДП і толькі гэтак разглядаць задачы, якія прыдзецца ажыцьцяўляць у бліжэйшыя гады. Комплекс пытаньняў, зьвязаных з школьным працоўным рэжымам, а таксама пільны нагляд за ўмовамі, у якіх працуе падлетак у школе і па-за ёю—павінны стаць прадметамі ўсёй увагі працаўнікоў АЗДП. І тут, зразумела, пытаньні абсталяваньня школы гэткім інвэнтаром, які-б не калечыў дзіця, а наадварот дапамагаў-б яго лепшаму разьвіцьцю,—ня могуць не прайсьці міма доктара. Неабходна таксама чотка паставіць і разьмяжоўваючую лінію па пытаньням, якія адносяцца да санітарнай арганізацыі. Мы лічым, што ўсё, што датычыцца да санітарна-тэхнічных мерапрыемстваў па школе, як, напрыклад, тэхніка пабудовы школьнага будынку, захоўваньне ў ім санітарных нормаў і інш.—павінна па праву належыць

агульнаму санітарнаму нагляду. Падрыхтоўка здаровага кадру рабочых для прамысловасьці і байцоў для Чырвонай арміі складае асноўную задачу ўсяго фізкультурнага руху, які, бязумоўна, зьяўляецца прафіляктычнай базай усёй аховы здароўя. У гэтай справе вялікае значэньне набываюць антрапомэтрычныя габінэты, або лепш—пункты па фізкультуры, якія не павінны звузіць сваёй працы выключна толькі да вымярыцельных працэдур—але якія павінны арганізаваць сталы мэтодычны мэдыцынскі нагляд за праваdзімымі фізкультурнымі заняткамі. Фізкультура быту, фізычнае выхаваньне з вызначанымі мэтавымі задачамі ў бок нармальнага разьвіцьця здаровых фізычных якасьцяй рабочых і сялян, гэтак патрэбных для вытворчасьці,—вось што павінна быць заўсёды на віду ў доктара АЗДП. Супроць рэкордызму, нездаровага спортсмэнства траба рашуча бароцца. Спрэчка аб тым, дзе тэрыторыяльна павінны знаходзіцца гэтыя антрапомэтрычныя габінэты, носіць фармальны характар, крыўдзіцца на тое, што яны прымацаваны да дзіцячых дыспансэраў абсалютна неправідлова, бо мы добра ведаем, што асноўным ядром, якое занімаецца фізкультурай, зьяўляецца рабочая і сялянская моладзь. Дзеля гэтага—мы і лічым неабходным і мэтазгодным на гэты адрэзак часу кіраўніцтва антропомэтрычнымі габінэтамі згрупаваць у дзіцячых дыспансэрах.

Сець па ахове здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў: — дзіцячыя дыспансэры—11/6, пункты АЗДП—27/7, дактары АЗДП—85/40, ложкі пры дзіц. дыспансэрах—130/30, ложкі для фіз. анамальных дзяцей—330, ложкі для псых. анамальных дзяцей—35.

Санітарная арганізацыя: У пытаньнях санітарнай арганізацыі Нар. Кам. Аховы Здароўя высоўвае наступныя аснаўныя моманты: а) павялічэньне колькасьці санітарных дактароў і падзяленьне іх па спэцыяльнасьцям (харчавікі і камунальнікі); б) стварэньне ў акругах магутных санітарных станцый, лябараторый, якія павінны згрупаваць вакол сябе санітарных дактароў. Гэтым санітарным станцыям мы мысьлім прыдаць дыспансэрны характар і ў будучым зьмяніць іх у санітарна-гігіэнічныя дыспансэры. Задачай гэткага дыспансэру, у штаце якога будзе знаходзіцца і дасьледчы пэрсанал, зьявіцца правядзеньне прафіляктычных мерапрыемстваў па аздараўленьню эпідэмічных ачагоў; в) старанны вучот і санітарны кантроль за ўсімі камунальнымі мерапрыемствамі, як-то: за будаўніцтвам лазьняў, каналізацыяй, грамадзкім харчаваньнем і водазабясьпекай. Толькі па колькасьці і якасьці ўсяго гэтага можна судзіць аб магутнасьці санітарнай арганізацыі і, нарэшце, г) пабудова новага будынку для санітарна-гігіэнічнага Інстытуту, заклікаnага кіраваць санітарнай справай Рэспублікі.

З далучанай табліцы відаць, што хоць эпідэмічнасьць у БССР мае тэндэнцыю да зьніжэньня, але ўсё-ж такі яна па шэрагу асобных інфэкцый прадстаўляе для Рэспублікі пэўную пагрозу, асабліва ў часьці высыпнога тыфусу. Крывая эпідэмічных захворваньняў цікава яшчэ і таму, што дае нагляднае прадстаўленьне, наколькі бытавыя ўмовы адбіваюцца на колькасных паказацелях. У той час, калі ў гарадох брушны тыфус і дызэнтэрыя, водныя інфэкцыі—трымаюцца досыць высока, на вёсцы яны значна спалі. З сыпняком наглядаецца якраз адваротнае зьявішча. У гарадох лічба захворваемасьці высыпным тыфусам менш значна, чым на раёне, у сельскай мясцовасьці. Чым гэта тлумачыцца? Па ўсіх даных прычыну больш моцнага распаўсюджаньня брушнога тыфуса ў гарадох трэба шукаць у адсутнасьці там вадаправода, і ў большай скучанасьці насельніцтва. Усё гэта робіць у гарадзкіх умовах надта кепскі водны рэжым. У той-жа самы час энэргічна праваdзімая на вёсцы кампанія будаўніцтва студняў палеп-

шанага тыпу безварункова мела свае вынікі. У рэзультаце мы бачым некаторае палепшаньне вясковай водазабясьпекі, што, магчыма, і паслужыла к зьмяншэньню ўсіх гэтых водных інфэкцый.

Рух эпідэмічных хвароб па БССР на 10.000 насельніцтва за пэрыяд 1925—1927 г. г.

		Сып. тыф.	Бруш. тыф.	Дызэнтэрыя	Шкарлятына	Дыфтэрыя	Водра
1925 г.	Акр. горад.	6,6	12,6	3,7	77,0	8,8	0,4
	Сельск. мясцов.	11,6	14,6	13,2	30,6	9,6	0,3
1927 г.	Акр. горад.	2,5	9,7	3,1	46,6	10,6	0,2
	Сельск. мясцов.	7,3	6,1	4,4	20,4	6,8	0,2

Для актывізацыі ўсіх санітарных мерапрыемстваў—вялікае значэньне набывае санітарная асьвета. Нар. Кам. Аховы Здароўя лічыць, што мэтадам правядзеньня санітарнай асьветы зьяўляецца ня толькі скарыстаньне дамоў санітарнай асьветы, але і прапаганда праз рабочыя клюбы, хаты-чытальні, народныя дамы і школы. Неабходна ўсямерна скарыстоўваць для санітарнай асьветы лячэбна-прафіляктычныя ўстановы, аптэкі, краязнаўчыя музэі, рабочыя інтэрнаты. Там трэба стварыць сан.-асьветныя куткі і праз іх распаўсюджваць масавую санітарную літаратуру. Ударнай тэмай па санітарнай асьвеце павінна быць растлумачэньне прынцыпаў савецкай мэдыцыны і пытаньняў санітарна-тэхнічнага дабрабыту. Асаблівую ўвагу трэба зьвярнуць на барацьбу з высыпным тыфусам, прапагандуючы арганізацыю лазьняў з дэзкамэрай, як лепшы мэтад ліквідацыі вашывасьці. Трэба растлумачваць працоўным шкоднасьць для здароўя з мэдыцынскага пункту погляду алькагалізму і ўсякага роду рэлігійных забабонаў. Па лініі Наркамасьветы трэба сачыць за прахаджэньнем школьнікамі санітарнага цыклю. Папулярную літаратуру па санітарнай асьвеце неабходна выдаваць на нацыянальных мовах, надаўшы ёй мэтавы характар. Так, напрыклад, трэба даць рабочаму і селяніну практычную літаратуру па будаўніцтву лазьняў, студняў, здаровай хаты і г. д.

Санітарная сець: Санітарна-гігіэнічных лябараторый—11/10, дэзстанцый—8/5, дэзпунктаў—12/5, малярыйная станцыя—1, дамоў санасьветы—3, санітарных дактароў—135/46.

Галоўнейшыя мерапрыемствы па лініі камунальнай гаспадаркі, намечаныя па пляну: Менск—каналізацыя і водаправод; Барысаў—водаправод; Гомель—каналізацыя і водаправод; Нова-Беліца—водаправод; Рэчыца—водаправод; Віцебск—каналізацыя і водаправод; Магілеў—водаправод; Ворша—водаправод; Бабруйск—водаправод; Полацак—водаправод.

Новае жыльлёвае будаўніцтва к канцу пяцігодкі дасьць на аднаго рабочага 8 кв. мэтраў жыльлёвай плошчы.

Агульныя мерапрыемствы па ахове здароўя. Зубалячэбная дапамога ў БССР за апошнія два гады значна ўзрасла. З арганізацыяй Одонтолёгічнага Інстытуту мы маем навуковы цэнтр па одонтолёгіі, які павінен навукова кіраваць зубной дапамогай у Рэспубліцы, а таксама займацца пытаньнямі ўдасканаленьня дактароў. Мы лічым, што і ў далейшым трэба трымаць курс на падрыхтоўку дактароў одонтолёгаў, ні ў якім выпадку не пераходзячы на зубалячэбныя школы, якія рыхтавалі-б старага тыпу зубных дактароў-дантыстаў. Зубны габінэт, дзе-б ён ні быў—на вёсцы або ў горадзе, павінен насіць пераважна

прафіляктычны характар і праводзіць сыстэматычную працу па санацыі поласьці роту арганізаваных груп працоўных, у першую чаргу дзяцей школьнікаў.

Па пяцігадоваму пляну мяркуецца мець зубалячэбных крэслаў у гарадох—185/132, на вёсцы—163/133.

Яшчэ адзін від захворваньняў у БССР зьвяртае на сябе ўвагу—гэта псыхічныя хваробы. Па прычыне цэлага шэрагу аб'ектыўных, гістарычных момантаў, БССР аказалася ў вельмі няспрыяльным становішчы ня толькі ў сэнсе распаўсюджаньня псыхічных хваробаў, але і па аказаньню мэдыцынскай дапамогі псыхічным хворым. Па апошняму перапісу 1926 г. ў БССР налічваецца 8.615 псыхічных хворых, што на 10.000 насельніцтва дае прыкладна 18. Тут напрамак працы павінен ісьці наступным шляхам: а) павялічэньне ложкавага фонду, у прыватнасьці стварэньня магутнага псыхіятрычнага цэнтру ў Магілеве; б) узмацненьне трудавых калёній; в) узмацненьне патраніраваньня хворых і г) правядзеньня дыспансэрна-прафіляктычнай працы праз псыханэўролёгічныя дыспансэры. Апошнія павінны ўзяць на сябе кіруючую ролю па барацьбе з алькагалізмам.

Па пляну намячаецца: ложак—1165/985, патранаж для душэўнахворых — 100/30, псыха-нэўролёгічныя дыспансэры — 3/1, ложкі для нэрвовых у санаторыі—40.

Беларусь сваіх курортаў ня мае і карыстаецца для курортнага лячэньня Крымам і Каўказам. Па пляну намячаецца адчыненьне ў Полацкай акрузе першай Усебеларускай Здраўніцы, а таксама мяркуецца аб'яднаньне пад кіраўніцтвам Нар. Кам. Аховы Здароўя ўсіх санаторый і дамоў адпачынку.

У галіне аптэчнай справы бярэцца курс на далейшую рацыяналізацыю аптэчнай справы, для чаго мяркуецца, стварыць адзіную аптэку пры лячэбных установах, практычна ажыцьцявіць стандартызацыю рэцэптурных формулаў, працягваць зьніжэньне камэрцыйных прыбыткаў аптэкакіраўніцтваў і весьці працу па стварэньню адзінага аптэчнага цэнтру.

Вялікае значэньне набывае нанова пабудаваны хэміка-фармацэўтычны завод, які павінен скарыстаць мясцовую фармацэўтычную сыравіну.

Мэдыцынскі пэрсанал: Падрыхтоўка спэцыялістых і пытаньні ўдасканаленьня дактароў займаюць вялікае месца ў пяцігодцы. Тут у першую чаргу трэба зьвярнуць увагу: а) на прафіляктычнае выхаваньне канчаючых мэдыцынскі факультэт дактароў, б) на падрыхтоўку кваліфікаваных працаўнікоў па асобным мэдыцынскім спэцыяльнасьцям (хірургія, тубэркулёз, одонтолёгія, санітарыя). Падрыхтоўка спэцыялістаў пойдзе праз ардынатуру пры мэдыцынскім факультэце і пры навуковых Інстытутах Нар. Кам. Аховы Здароўя, а таксама праз інтэрнаў і экстэрнаў пры акруговых больніцах. Прыдзецца таксама шырока скарыстаць і Навуковыя Інстытуты СССР і в) на стварэньне ў Менску спэцыяльнага Інстытуту па ўдасканаленьню дактароў. Неабходна якаснае палепшаньне падрыхтоўкі акушэрак і мэдыцынскіх сясьцёр.

Рост мэдыцынскага пэрсаналу намячаецца наступны: дактары—1800/1294, зубныя дактары—482/340, акушэркі—887/549, сёстры—1924/1272.

Заработную плату мэдыцынскіх працаўнікоў намечана падняць на 64,1%, што выкліча павялічэньне фонду заработнай платы на 112,7%. Стаўка доктара ў сярэднім к канцу пяцігодкі дасягне 150 рублёў.

Капітальныя ўкладаньні. Пяцігадовым плянам прадугледжаны капітальныя ўкладаньні ў суме 12.743.000 руб., прычым 58,1% гэтай сумы мяркуецца выдаткаваць на новае будаўніцтва, што дасьць магчымасьць пабудаваць каля 370.600 куб. мэтр. мураваных будынкаў.

Бюджэт Аховы Здароўя БССР у тысячах рублёў.

Назва крыніц фінансаваньня	1927-28 г.		1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.		%% росту 1932-33 г. к 1927-28 г.	Усяго за 5 гадоў
	Сума	Удзел. вага	Сума	Сума	Сума	Сума	Сума	Удзел. вага		
Дзяржаўны бюджэт	2102,7	18,7	2371,0	3072,0	3610,0	3924,0	4207,0	19,0	100,0	17184,0
Мясцовы бюджэт	5421,8	48,3	6123,0	7485,0	8554,0	9703,0	10706,0	48,4	97,5	42571,0
Асноўны фонд мэддапамогі застрахаваным	2950,0	—	3427,0	3821,0	4405,0	5087,0	5784,0	—	—	22518,0
Рэспубліканскі фонд мэддапамогі застрахаваным	413,0	31,4	374,0	424,0	490,0	568,0	649,0	30,7	92,5	2491,0
Усесаюзны фонд мэддапамогі застрахаваным	160,0	—	200,0	225,0	250,0	300,0	350,0	—	—	1325,0
Спэц. сродкі і інш. паступленьні, у тым ліку самаабкладаньне насельн.	163,0	1,6	235,0	285.0	325,0	360,0	400,0	1,9	145,4	1605,0
Усяго	11210,5	100,0	12727,0	15912,0	17634,0	19942,0	22096,0	100,0	97,1	88311,0
Фонд зарплаты	5250,7	46,8	6049,0	7625,0	8891,0	10120,0	11168,0	50,5	112,7	43853,0

Санітарная абарона працоўных. Тэрыторыяльнае палажэньне Савецкай Беларусі, якая на вялікім працягу мяжуе з Захадам, з асаблівай настойлівасьцю высоўвае перад Нар. Кам. Аховы Здароўя БССР пытаньні санітарнай абароны і мэдыка-санітарнага абслугоўваньня Чырвонай арміі. Адзінства пляну і ўсёй сыстэмы будаўніцтва аховы здароўя ў БССР з плянавымі мерапрыемствамі аздараўляючага характару Вайскова-Санітарнага Кіраўніцтва Беларускай Вайсковай Акругі і цьвёрдае правядзеньне ў практычнай працы прынцыпаў адзінства савецкай мэдыцыны, забясьпечаць абароназдольнасьць нашай Рэспублікі ў санітарных адносінах.

З моцнай верай у поўнае выкананьне намечанага пляну, мы сьмела пойдзем уперад на сацыялістычнае спаборніцтва ў справе хутчэйшага ажыцьцяўленьня вялікіх задач санітарнага аздараўленьня працы і быту рабочых і сялян Савецкай Беларусі.

Крок наперад.

Аляксандар Цьвікевіч.

У апошнім нумары „Беларускай Мэдычнай Думкі“ мы спыняліся на пытаньні аб поўнай адсутнасьці ў нас мэдычнай літаратуры на беларускай мове. Сёньня можна з пэўнасьцю сказаць, што ў гэтым напрамку зроблены акрэсьлены крок наперад. Справай гэтай зацікавіўся Навуковы Мэдычны Савет пры Нар. Кам. Аховы Здароўя і, пасьля папярэдняй апрацоўкі пытаньня, арганізаваў пры сабе адпаведную „Камісію па справах мэдычнага друку“. У сваю чаргу азначаная Камісія апрацавала пяцігадовы плян выданьня мэдычнай навуковай літаратуры, які плян быў зацьверджаны НКАЗ і НКА.

Згодна прынятаму пляну, лік друкаваных аркушаў на **1928-29 год** павінен быць роўны 115. У гэты лік уваходзіць заяўка на навуковыя працы профэсуры Мэдфаку БДУ—20 арк., папулярная мэдычная літаратура—10 арк., пэрыядычныя выданьні—50 (у даным выпадку прадугледжваюцца патрэбы „Бел. Мэд. Думкі“) і на падручнікі для Мэдфаку—35 арк. У апошнім разьдзеле зацьверджана выданьне ў бягучым 1928-1929 г. прац: праф. Мранговіуса: „Скурныя і вэнэрычныя хваробы“, праф. Розанава: „Практыкум па фізыолёгіі“ і праф. Экзэмплярскага: „Агульная гігіена“, ч. I. На наступныя гады прадугледжана выданьне:

1929-30 г.—„Мікрабіолёгія“, праф. Эльбэрта, „Клінічная хірургія“, „Фармакалёгія“, Курс акушэрства, Курс Гігіены і „Практыкум па гігіене“ (разам 95 арк.). На навуковыя працы, папулярную літаратуру і пэрыодыку прадугледжваецца на гэты год 155 арк.

1930-31 г.—„Паталёгічная анатомія“, „Агульная паталёгія“, „Апэрацыйная хірургія“, „Курс дзіцячых хваробаў“ і „Сацыяльная гігіена“ (разам 84 арк.); навуковыя працы, папулярная літаратура і пэрыодыка—175 арк. Апрача таго, запраэктавана выданьне ў перакладзе 1-га тому „Анатоміі“ Брауса.

1931-32 г. Падручнікі—„Фізыолёгіі“, „Гісталёгіі“, „Нэрвовых хваробаў“ і „Псыхіатрыі“—разам 80 арк. На навуковыя працы, папулярную літаратуру і пэрыодыку—190 і пераклад 2-га тому „Анатоміі Брауса—10 арк.

1932-33 г. Падручнікі: „Унутраных хваробаў“, „Вочных хваробаў“ і „Вушных хваробаў“—разам 70 арк., 3-ці том Брауса—10 арк. і на навуковыя працы, папулярную літаратуру і пэрыодыку—200 арк.

Як відаць з прыведзеных лічбаў, плян выданьняў мэдычнай літаратуры складзены са ўсёй грунтоўнасьцю і ахапляе сабой усе галіны мэдыцыны, як яна выкладаецца ў нашых ВУЗ'ах. Кідаецца ў вочы толькі адна абставіна, гэта ласьне тое, што плян ня вытрыманы ў сэнсе паступовасьці выкладаньня дысцыплін на Мэдфаку па гадох: тыя дысцыпліны, якія выкладаюцца на трэцім і чацьвертым курсе, папалі ў першыя годы выданьня, тыя, якія выкладаюцца раней,—трапілі ў сэнсе свайго выданьня ў пазьнейшыя гады. Але гэтая абставіна не зьяўляецца арганічным недахопам і не павінна адбіцца адмоўна на самым выкананьні пляну.

Заявак на выданьне навуковых прац пакуль што яшчэ няма [1]),—Камісія зьвярнулася з гэтай мэтай да ўсіх навуковых мэдычных працаўнікоў і ў першую чаргу да Дасьледчых Інстытутаў НКАЗ з прапановай гэткія заяўкі даць. Што датыча пэрыодыкі, дык тут улічвалася, як мы спамянулі, па-першае, патрэбы „Беларускай Мэдычнай Думкі“, а затым патрэба выданьня ў Менску—сталіцы Рэспублікі і унівэрсытэцкім горадзе—іншых пэрыядычных часопісаў і аглядаў.

Калі спраэктаваны плян выданьня будзе рэалізаваны ў зазначаныя гады поўнасьцю,—Савецкая Беларусь будзе мець буйную перамогу на культурным фронце.

На шляху рэалізацыі паказанага пляну ляжыць цяпер толькі адна перашкода, гэта недасканалая апрацаванасьць беларускай мэдычнай тэрміналёгіі. У гэтай галіне таксама зроблена вельмі мала. Хто тут вінаваты, сказаць трудна, дый няма у гэтым асаблівай патрэбы тут разьбірацца. Інстытут Навуковай Мовы БАН да сучаснага моманту выдаў толькі тры выпускі мэдычнае тэрмінолёгіі: „Анатомічныя назвы“, вып. 1 (агульныя назвы, касьцяведаньне, вязаведаньне) і вып. 2 (цягліцаведаньне, нутраведаньне і судзінаведаньне). Трэці выпуск анатомічных назваў, які ахапляе сабой нэрваведаньне, органы пачуцьця, агульнае пакрыцьцё і дзедзіны чалавечага цела,—толькі што выйшаў з друку. Мэдфак БДУ у гэтай важнай справе фактычна нічога не зрабіў. Як бачым, застаецца зрабіць яшчэ шмат.

Гэтая абставіна прымусіла Навуковы Мэдычны Савет прыняць удзел ў тэрмінолёгічнай рабоце і з гэтай мэтай, разам з заснаваньнем Камісіі па справах мэддруку, была арганізавана так зв. „Рэдакцыйна-Тэрміналёгічная Камісія“. На абавязку азначанай Камісіі, як гэта відаць з яе назвы, ляжыць апрацоўка прадстаўленых да друку рукапісаў з пункту гледжаньня правільнасьці і адзінасьці тэрміналёгіі і чыстаты беларускае мовы.

Уважлівая падрыхтоўка рукапісаў да друку з боку адзінасьці і правільнасьці мовы, мае выключнае значэньне. Надовечы нам прышлося чытаць артыкул д-ра С. Б. Рафалькеса ў № 1 „Казанского Медицинского Журнала“ на тэму аб барацьбе з няправільнасьцямі і скажэньнямі расійскае мовы ў мэдыцынскіх часопісах і выданьнях. Прыводзячы цэльны шэраг адпаведных цытат, аўтар піша: „Ня толькі трэба, але і павінна перайсьці да актыўнай барацьбы за чыстату, яснасьць, точнасьць і правільнасьць фармальнага выражэньня сваіх мысьляй, г. зн. за ачышчэньне мовы нашых навуковых часопісаў ад сьмяцьця, бруду і хламу. Адсюльжа выцякаюць і спосабы барацьбы за гэтую вельмі патрэбную справу: 1) бязьлітасна зьвяртаць аўтарам іх творы, калі яны не напісаны зусім літаратурна; 2) вельмі ўважліва рэдакцыйна правіць іх, „ня гледзючы на асобы“, 3) ва ўсіх навуковых часопісах павінна быць паднята *кампанія за чыстку мовы*“. Артыкул С. Рафалькеса падмацоўваецца заўвагай рэдактара „К. М. Ж.“ праф. В. С. Груздёва, які цалкам далучаецца да думак і прапаноў аўтара.

Заклік не застаўся вісець у паветры, і мы бачым, як расійскія мэдычныя часопісы адзін за адным вітаюць гэтую справу, кажучы, што дабіцца пастаўленых заданьняў можна толькі супольнымі сіламі рэдакцый усіх органаў расійскай мэдычнай мысьлі.

Калі гэткі заклік, калі гэткае патрабаваньне выходзіць ад прадстаўнікоў расійскае мэдыцыны, якая налічвае сто з лішкам гадоў свайго літаратурнага афармленьня,—дык што павінны казаць мы у стасунку

[1]) Пад час друкаваньня гэтага нумару, атрымаліся заяўкі і зроблены ўмовы аб выданьні ў бліжэйшым часе падручніка па скурным і вэнэрычным хваробам праф. Мрангоўіуса.

да беларускай мэдыцыны, якая пачала разьвівацца з пачатку Кастрычнікавай рэвалюцыі? Вымогі нашыя, каб Рэдакцыйна-Тэрміналёгічная Камісія пры Нав. Мэд. Савеце шчыльна зьвязалася з Інстытутам Нав. Мовы БАН і пры актыўным удзеле прафэсуры Мэдфаку БДУ паставіла на належную вышыню ўскладзеную на яе задачу,—павінна быць выканана самым станоўчым чынам.

Для „Беларускай Мэдычнай Думкі“ ўся гэтая справа мае першаступнёвую вагу. Пакуль што „БМД“ зьяўляецца адзіным органам беларускай мэдычнай мысьлі і таму на ёй ляжыць выключная адказнасьць ня толькі за правільнае разьвіцьцё мэдыцыны ў Беларусі, але і за правільнае літаратурнае афармленьне гэтага разьвіцьця. Цяпер, калі „БМД“ перайшла на беларускую мову, на ёй ляжыць выключная адказнасьць у сэнсе правільнасьці ўжываных навукова-мэдычных тэрмінаў і ў сэнсе чыстаты і адзінасьці самае мовы.

Пераход „Беларускай Мэдычнай Думкі“ на беларускую мову сам па сабе зьяўляецца ўжо фактарам буйнага культурнага значэньня. Як зусім справядліва піша рэдакцыя часопісу „Профілактична Медицина“, што апошнімі днямі перайшла на украінскую мову,—„савецкая ахова здароўя зьяўляецца неадрыўнай складанай часткай усяго процэсу соцыялістычнага будаўніцтва краіны і культурнай рэвалюцыі“. Як у УССР, так і ў БССР разьвіцьцё аховы здароўя моцна зьвязана з тым культурным працэсам, які адбываецца ў краіне,—у нашых умовах з працэсам беларусізацыі,—„з далучэньнем шырокіх працоўных мас і інтэлігенцыі да культуры роднае мовы, да культуры інтэрнацыянальнай і клясавай па сваёй сутнасьці і нацыянальнай вонкавымі формамі ў якіх яна выказваецца“ [1]).

Культура мовы, у даным выпадку мовы навукова-мэдычнай, зьяўляецца дзеля гэтага важнейшым заданьнем „Беларускай Мэдычнай Думкі“. У гэтым сэнсе яна зьяўляецца пакуль што адзінай кузьняй, вакол каторай павінны гуртавацца адпаведныя культурныя сілы. Што можна сказаць аб тым, наколькі выконваецца гэтая задача ў тых працах, што надсылаюцца ў „БМД“? Калі ў РСФСР раздаюцца ўсё часьцей галасы нездаволеньня мовай расійскіх мэдычных выданьняў, дык нам застаецца не гаварыць аб гэтым, а крычаць. У нашай літаратурна-мэдычнай практыцы часта прыходзіцца сустракацца з такімі „пэрламі“ выразаў, зваротаў і проста граматычных памылак, ад якіх можна прыйсьці у жах.

Аб „кампаніі за чыстку мовы“ нам думаць ня прыходзіцца,—нам трэба клапаціцца аб *сталай, упорнай, мэтодычнай і сыстэматычнай працы, ў гэтай галіне;* нам трэба паставіць гэтую справу ў гэткія ўмовы і на гэткую вышыню, каб яна адбывалася неперарыўна, з дня ў дзень, з году ў год; каб яна загарнула ў сябе ўсе магчымыя культурныя сілы, усіх кваліфікаваных навуковых работнікаў, усіх дактароў Савецкай Беларусі. Тут потрэбны ня толькі веды, ня толькі жаданьне працаваць на культурнай глебе, але і тэхніка,—пэўныя тэхнічныя і матар'яльныя варункі.

Вось чаму мы павінны вітаць узьнікненьне „Рэдакцыйна-Тэрміналёгічнай Камісіі“ пры Навуковым Мэдычным Савеце, пажадаць ёй як мага хутчэй прыступіць да работы і разгарнуць яе з належнай шырынёй. У першую чаргу вынікі працы Камісіі скарыстае наш мэдычны часопіс „Бел. Мэд. Думка“, а затым скарыстаюць іх усе тыя работнікі, якія рухаюць наперад мэдыцыну на Беларусі і літаратурна яе афармляюць.

Першыя крокі ўжо зроблены,—будзем чакаць далейшага разьвіцьця гэтай важнай для беларускай культуры галіны.

---

[1]) „Профілактична Медицина“, № 3-4, Березень-Квітень, 1929. Харків, стар. 111. „До читачів та передплатників“.

Аддзелы Аховы Здароўя і страхавыя органы на барацьбу з прагуламі.

С. Б. Гольдзін.

У той час, калі задачы сацыялістычнае перабудовы ўсёй народнае гаспадаркі патрабуюць максымальнага напруджаньня ўсіх вытворчых сіл рабочае клясы, у той час, калі ўся партыйная, савецкая і рабочая грамадзкасьць мабілізуе ўсе свае сілы для выкананьня гэтае задачы шляхам усямернага ўзьняцьця прадукцыйнасьці працы, падвышэньня працдысцыпліны, правядзеньня сацыялістычнага спаборніцтва і барацьбы з прагуламі, у той час, калі рост неабгрунтаваных прагулаў у выніках гэтае барацьбы сапраўды панізіўся,—наглядаецца значны рост водпускаў па бальнічных аркушох па часовай непрацаздольнасьці, прычым некаторыя з іх зьяўляюцца сапраўды „ўзаконеным прагулам“. Акрамя таго, што гэткія больнічныя аркушы, выдадзеныя лечдоктарам без дастатковых падстаў, зьяўляюцца па сутнасьці узаконеньнем прагулу і кепска адбіваюцца на прадукцыйнасьці працы нашых устаноў, яны падрываюць фінансавы дабрабыт органаў сацыяльнага страхаваньня, робяць іх дэфіцытнымі і пагражаюць іх нармальнай фінансавай рабоце (аплата па часовай непрацаздольнасьці, па беспрацоўю, адлічэньні ў фонд мэддапамогі органаў аховы здароўя і г. д.).

За апошнія поўгода паказальнік па часовай непрацаздольнасьці па БССР узрос у параўнаньні з аналёгічнымі месяцамі мінулага году ў значнай ступені. Ніжэйзьмешчаная табліца гэта яскрава ілюструе:

На 100 застрахаваных прыходзілася аплачаных дзён непрацаздольнасьці ў месяц.

	Верасень		Кастрыч.		Лістапад		Сьнежань		Студзень		Люты		Сакавік		Красавік	
	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1927	1928	1928	1929	1928	1929	1928	1929	1928	1929
Па БССР	65,0	72,0	61,3	76,0	62,9	79,2	83,5	91,7	83,3	102,0	86.8	94,3	90,5	—	81,2	—
Менск	[1]	68,8	60,3	80,7	61,8	79,3	75,0	113,5	80,4	94,5	82,5	94,8	86,4	110,5	76,3	100,7
Гомель	87,3	82,0	84,0	88,0	80,5	81,0	91,5	95,7	98,3	110,0	89,9	97,7	90,0	97,2	89,2	н. д.
Віцебск	65,4	84,7	61,0	87,8	62,8	93,8	88,5	83,2	94,4	112,0	99,1	97,7	97,7	121,8	92,5	н. д.
Бабруйск	67,2	67,5	59,7	67,7	63,2	77,9	91,0	84,3	68,9	109,4	79,7	100,1	96,5	99,1	82,5	96,4
Магілеў	43,8	62,8	40,0	57,7	41,5	73,9	59,9	82,6	60,5	104,9	71,4	91,1	73,4	88.6	70,6	н. д.
Ворша	62,6	61,4	48,0	65,5	56,1	67,7	69,7	66,4	76,8	85,1	82,4	81,6	79,2	92,0	70,0	80,2
Полацак	50,3	58,2	43,6	52,4	46,7	56,9	81,8	64,7	85,2	64,5	90,1	79,4	94,5	89,6	61,8	н. д.
Мазыр	75,5	80,2	70,2	66,8	65,5	62,3	93,8	80,2	77,9	89,4	76,5	73,0	88,3	69,9	77,0	н. д.
Барысаў	[1]	65,1	96,5	96,7	98,4	107,8	128,7	126,6	123,4	141,1	134,8	126,7	132,5	131,2	105,8	126,5

[1] Па Менску разам з Барысавам—62,7.

Дзеля таго, што Цустрахам адпушчаны па бюджэту па фонду часовай непрацаздольнасьці па БССР грошы з разьліку 907,1 дзён у год на 100 застрахаваных, або 75,6 дзён у месяц, дык пры 82,2 дзён у месяц за першы квартал 1928-29 г. (у першым квартале 1927-28 г. было аплочана на 100 застрахаваных 68,7 дзён) ужо маецца вельмі значны перавыдатак.

Па лічбах ВСНГБ аб вучоце прагулаў па ўважлівых (галоўным чынам захворваньнях) і няўважлівых прычынах мы бачым наступнае:

	Па няўважлівых прычынах	Па ўважлівых прычынах
1 паўгодзьдзе 1927-28 г.	1,08	6,46
1 „ 1928-29 г.	0,80	6,66
Красавік 1928 г. . .	1.5	5,5
„ 1929 г. . .	0,45	6,01

Гэтыя лічбы дасканальна гавораць аб тым, што ў бягучым годзе, калі пачалася барацьба з прагуламі, колькасьць іх па няўважлівых прычынах паменшылася, але амаль што на гэтыя самыя лічбы павялічылася колькасьць прагулаў па ўважлівых прычынах (захворваньнях)—прагулы „ўзаконеныя“ больнічным аркушам, чаму так і павялічылася лічба аплочаных дзён па часовай непрацаздольнасьці.

Ці была наяўнасьць аб'ектыўных прычын для гэтага вялікага ўзросту аплочаных дзён? Па большасьці акруг Беларусі ў сьнежні 1928 г. і студзені 1929 г. прайшла хваля грыпу. Грып, бязумоўна, мог даць значны ўзрост дзён непрацаздольнасьці, што фактычна і відаць па першай табліцы ў большасьці акруг на працягу гэтых месяцаў. Ну, а па астатніх месяцох, калі грыпу і напаміну ня было—верасень, кастрычнік 1928 г., сакавік, красавік 1929 г., чым там тлумачыць гэткі падскок у параўнаньні з мінулым годам? Вось тут трэба шукаць іншых прычын, паміж якімі значнае месца займае наступная. Згодна пастановы НК РСІ СССР за 4/V-28 г. доктарскі кантроль страхкас рэарганізаваны на выбарачных асновах, скарачаецца і правы лечдактароў на дачу водпускаў значна пашыраюцца. Пераход на новыя формы кантролю па БССР учыняецца ў верасьні-кастрычніку і цікава адзначыць, што якраз да гэтага часу крывая дзён непрацаздольнасьці падымаецца. І раней, пры поўнацэнным доктарскім кантролі, калі лечачы доктар меў правы даць водпуск да 5 дзён, колькасьць водпускаў на 1, 2 і 3 дні па БССР складала 54% усіх дзён непрацаздольнасьці (па прамысловых акругах РСФСР—18%), пасьля-ж рэарганізацыі доктарскага кантролю, калі лечдоктар у большай ступені стаў гаспадаром выдачы водпускаў, узрост бюлеценяў падняўся. Адказнасьць яго за выдачу водпускаў, ня гледзячы на павялічэньне яго праў, ня толькі не павялічылася, а нават паменшылася. Шмат у якіх выпадках, не жадаючы сварыцца з застрахаваным, які яму ўсялякім спосабам пагражае, ён дае водпускі там, дзе ў ім ня маецца ніякай неабходнасьці, а кожны выдадзены непатрэбна водпуск адрывае рабочага ад вытворчасьці і каштуе грошы страхавой касе. Рабочы спазьніўся, да работы адміністрацыяй не дапушчаецца і каб ня лічыцца прагульшчыкам, ён накіроўваецца ў амбуляторыю, некалькі настойліў з доктарам і праз пару гадзін зноў прыходзіць на завод з водпускам на 1 дзень, чым выклікае правільнае нараканьне завкому і сьвядомых рабочых. Рабочы з прычыны п'янкі не дапушчаецца да працы, ён на другі дзень кладзецца ў ложка, выклікае раённага доктара і атрымлівае ад яго водпуск ня толькі за гэты дзень, але нават і за ўчарашні—п'яны дзень. А водпускі на 1 дзень па дыягнозу „малокровие“, „неврастения“ і г. д.!

Такіх і таму падобных выпадкаў шмат і практыка амбуляторый і страхавых кас іх ведае штодзённа. Раней, калі амаль што паўсюды існавалі УК і адмаўленьне ў водпуску рабілася кансультацыйна двума дактарамі (лекавым і даручаным), значна лягчэй было процістаяць патрабаваньням застрахаваных неабаснаванага водпуску. У выніках не заўсёды дастаткова цьвёрдага падыходу лечдоктара да выдачы водпуску, колькасьць дзён непрацаздольнасьці катастрафічна расьце.

Зразумела, не заўсёды ў гэтым віна толькі лечачага доктара. У сваіх сутычках з націскам застрахаванага на выдачу неабгрунтаванага водпуску, калі яму пагражаюць і ў лепшым выпадку скаргай у друк ці ў РСІ, а ў горшым выпадку пагрозамі і нават фізычным узьдзейнічаньнем, ён не заўсёды атрымлівае дастатковую падмогу з боку органаў аховы здароўя, акрстрахкас і прафэсыйных арганізацый. Але ці так ці інакш вэксалядацелям на страхкасу ўсё-ж зьяўляецца лечурач.

Якія-ж мерапрыемствы павінны быць праведзены для ўзмацненьня работы па выдачы няправільных водпускаў і барацьбы з прагуламі.

1) Па лініі органаў аховы здароўя неабходна ўсебаковае інструктаваньне лечачых урачоў, патрабуючы ад іх самага суровага падыходу да выдачы кожнага водпуску па часовай непрацаздольнасьці, да выяўленьня сымулянтаў, агравантаў і тых застрахаваных, якія ўпарта патрабуюць неабгрунтованага водпуску, каб кожны лечурач адчуваў поўную адказнасьць за выдадзены на страхкасу вэксаль-бюлецень. Водпускі п'яным ні ў якім разе не павінны выдавацца. Неабходна па ўсіх раёнах, дзе ёсьць значная колькасьць застрахаваных, мець у лечустановах вячэрні прыём для іх (у нерабочы час), у амбуляторыях з агульным прыёмам актыўна застрахаваных прымаць у першую чаргу, каб ня губіць рабочага часу на чаканьне ў чарзе. Неабходна, каб органы аховы здароўя пільна рэагавалі на матывіраваныя адводы страхавых кас супроць таго, або іншага лечурача, на патрабаваньні страхкас аб накладаньні спагнаньня на лечурача за нядбайныя адносіны да выдачы водпуску.

2) Лічыць своечасным падняцьце пытаньня ў адпаведных арганізацыях аб узмацненьні ўрачэбнага кантролю страхавых кас, бо гэта не выпадкова, што рост дзён непрацаздольнасьці супадае з пэрыядам аслабленьня ўрачэбнага кантролю. Ня гледзячы на тое, што магчыма маюцца і другія аб'ектыўныя прычыны, роля ўрачэбнага кантролю пэўная.

3) Органам аховы здароўя, страхкасам, сумесна з прафэсыйнымі організацыямі неабходна ўтварыць для лечурачоў такія абставіны, пры якіх ён меў-бы магчымасьць супакойна працаваць, цьвёрда адмаўляць застрахаваным у неабгрунтаваным водпуску, будучы ўпэўненым, што ён знойдзе неабходны падтрымак, як з боку прафсаюзаў, таксама і з боку іншых зацікаўленых організацый.

Толькі пры наўнасьці гэтых мерапрыемстваў магчыма спадзявацца на памяншэньне росту дзён непрацаздольнасьці.

Становішча і бліжэйшыя пэрспэктывы разьвіцьця акушэрства і гінэколёгіі ў БССР.

Асыстэнт д-р **М. Фурс**[1]).

(Із акушэр.-гінэк. кл. Б.Д.У. Дырэктар праф. **М. Л. Выдрын**).

Посьпех сацыялістычнага будаўніцтва цесна зьвязан з удзелам у ім жанчыны. Гэта прымушае зьвярнуць асаблівую ўвагу на ахову здароўя працоўнай жанчыны як гораду, так і вёскі. Гэта пытаньне становіцца вострым і чарговым ня толькі дзеля органаў аховы здароўя, а нават грамадзкай і навуковай думкі і мы бачым, што арганізацыя акушэрства і гінэколёгіі, якія займаюць пераважнае месца ў шэрагу ўстаноў па ахове здароўя жанчыны, ставіцца праграмным пытаньнем будучага ўсесаюзнага зьезду акушэраў і гінэколёгаў у 1931 годзе ў Маскве. Пагэтаму зразумела, што і I Усебеларускі зьезд хірургаў і акушэраў і гінэколёгаў паставіў на абгаварэньне гэтыя пытаньні.

„У квітучым целе жанчыны таяцца сілы народу“,—гэтыя словы прыпісваемыя напалову міфічнаму заканадаўству Спарты-Лікургу, а па сутнасьці зьяўляючыяся народным творам спартанцаў, якія на першым месцы ставілі здаровае цела, будуць заўсёды сапраўднымі. Без здаровай мацеры ня можа быць здаровага пакаленьня—гэта ёсьць першае і асноўнае пытаньне, а другое—жанчына, стаўшая ў пралетарскім вобчастве поўнапраўным сябрам, з кожным годам прымаючая ўсе большы ўдзел у вытворчасьці, ідучы ва ўсе яго галіны, пачынаючы сьлясарным цэхам і канчаючы рукавадзячымі пастамі ўраду, дзеля пасьпяховай працы, бязумоўна, павінна быць здароваю.

Геніяльны розум К. Маркса першы выясьніў сувязь паміж рухам насельніцтва і арганізацыяю вытворчасьці. Ён так-жа адзначыў супярэчнасьць паміж жаночаю працаю, асабліва фабрычнаю, замужніх жанчын і інтарэсамі народнага здароўя.

Удзел жанчыны ў вытворчасьці выклікае павышаную захвараваемасьць яе ў параўнаньні з мужчынамі і шкадлівасьць жаночай працы ў першую чаргу выяўляецца на працэсах прадаўжэньня роду. Гэта яскрава пацьвярджаецца паданымі Лейпцыгскай бальнічнай касы ў яе справаздачы аб цяжарнасьці, родах і пасьляродавых пэрыодах жанчын—сяброў касы з падзелам на дабраахвотных і абавязковых. Так на 100 родаў згодна гэтай справаздачы прыходзілася:

	У дабраахв. сяброў	У абавязковых
Выкідаў	2,3	15,5
Прадчасных родаў	0,3	1,70
Хваробы цяжарнасьці	2,1	5,5

Па Прынцынгу на 1000 родаў падае ў сярэднім 30 мёртвараждзеньняў, у жанчын-жа, занятых у шкадлівай вытворчасьці,—150—170 мёртвараждзеньняў.

Аднак, дзеля нас больш цікавымі будуць даныя аб захвараваемасьці жанчын у Беларусі. І хоць у нас жанчыны знаходзяцца пад

---

[1]) Дакладзена на I Усебел. зьезьдзе хірургаў і акушэраў-гінэколёгаў.

аховаю законаў працы, непараўняючы больш шырокіх і гуманных чым у капіталістычных дзяржавах, усё-ж і ў нашых жанчын наглядаецца павышанная захвораваемасьць, асабліва выяўляючаяся ў параўнаньні з мужчынамі. Аб гэтым гавораць матэр'ялы Б. Я. Смулевіча (Заболеваемость и смертность населения городов и местечек Белоруссии, 1928 г.). Так зварочваемасьць за мэддапамогаю сярод мужчын 881 на 1.000, у жанчых—913; удвоя часьцей сярод жанчын заўважваюцца хваробы мачапаловых органаў, хваробы расстройства пітаньня і абмену матэрый. Найбольшую перавагу ў жанчын наглядаем у адносінах анэмій, далей ідуць востры і хранічны рэўматызм, глістныя захвараваньні, III сіфіліс, старэччы маразм і рак, за лік раку жаноччых палавых органаў і грудной залозы; із захвараваньняў воч—трахома, запаленьне сьлёзнага мяшку, гляўкома; із эпідэмічных захвараваньняў ружа, коклюш, брушны тыфус, шкарлятына; із хвароб органаў траўленьня апендыцыт; органы крывязвароту—захвараваньне вен, у прыватнасьці расшырэньня іх, артэрыосклероз. На $10^0/_0$ больш зубныя хваробы; нэрвовыя хваробы—гістэрыя, нэўрастэнія, мігрэнь; з больш рэдкіх хвароб заўважана 395 жанчын з вальлёвасьцю (зоб) і Базэдовізмам на 50 мужчын.

Наогул захвараваемасьць асабліва павялічваецца ва ўзросьце ад 20—29 год, што неабходна паставіць у сувязь з дзетароднымі функцыямі і асабліва высока ў Менску, дзе больша $^0/_0$ жанчын уцягнут у вытворчасьць. Агульна захвараваемасьць жанчын перавышае мужчынскую на $3^0/_0$.

Што датычыцца захвараваемасьці сялянак, то тут мы дакладных даных ня маем.

У нашым распараджэньні маецца распрацаваны мною і д-рам Ефімьевым С. Н. матэр'ял акушэрска-гінэколёгічнай клінікі стацыонарных хворых за 4 гады, з 1924 па 1927 год, з якога відаць, з чым больш зварочваюцца сялянкі за дапамогаю ў параўнаньні з гарадзкімі жанчынамі. На падставе нашых даных мы ня можам зрабіць вывады аб захвараваемасьці сялянак, па той прычыне, што наш матэрыял абнімае толькі стацыонарных хворых, а другое—сялянкі, якія зварачаюцца ў клініку, складаюць толькі малую частку больш цяжкіх хворых; аднак на гэтым матэр'яле (табліца 1) мы з відавочнасьцю бачым, што сярод сялянак пападаюцца ў шмат пераважнай колькасьці захвараваньні, маючыя сувязь з невыстарчальнасьцю акушэрскай дапамогі на вёсцы: запаленьні каляматачнай каморніцы, выпадзеньні палавых органаў, і асабліва сьвішчы, новаабразаваньні і ў тым ліку рак, тады, як у гарадзкіх жанчын прэваліруюць захвараваньні, маючыя сувязь з гонококцыяй і абортамі; запаленьні дадаткаў, няпоўныя выкіды эндомэтрыты. Гэтыя даныя цалкам супадаюць з розьнасьцю ўмоў працы і быту гарадзкой і сельскай жанчыны, якія ўсім нам вядомы і на якіх мы спыняцца ня станем.

Ня гледзячы на значныя дасягненьні ў справе арганізацыі акушэрскай і гінэколёгічнай дапамогі, якія мы наглядаем з часу існаваньня савецкай мэдыцыны ў Беларусі, усё-ж такі нашы клінічныя матэр'ялы паказваюць, што самую цяжкую і нязвычайную паталёгію дае вёска і нават бліжайшыя раёны да Менску, у акрузе, якая мае найлепшую лекавую сетку і найлепшыя паказацелі акушэрскай і гінэколёгічнай дапамогі. Як-жа стаіць справа ў другіх акругах? Трэба чакаць, што там яшчэ горш. Гэта прымушае зьвярнуць асаблівую ўвагу на арганізацыю паказаных галін дапамогі і галоўным чынам на вёсцы.

Цікава будзе спыніцца коратка на гісторыі разьвіцьця акушэрства і гінэколёгіі ў Беларусі. Першым дасьледчыкам становішча акушэрскай

дапамогі быў доктар мэдыц. А. А. Сіцінскі, які ў сваёй манаграфіі „Акушерская помощь в Минской губернии 1880—1889 г.“ гаворыць так: „О положении родовспоможения в губерніях Сев.-Запад. края в литературе не имеется никаких указаний. Пробел до известной степени пополняется настоящим исследованием, составляющим первую попытку пролить свет на положение дела акушерской помощи в Минской губернии, представляющейся центром белорусского племени“. Прычынаю, якая прымусіла яго заняцца гэтым, было тое надзвычайна цяжкае становішча акушэрскай дапамогі, сьведкаю якога яму давялося быць, будучы вясковым, а потым гарадзкім доктарам. З вычэрпваючаю поўнасьцю ён знаёміць нас з народным акушэрствам беларусоў таго часу, са ўсімі барбарскімі спосабамі дапамогі і забабонамі пры родах вясковых бабак і знахарак, адзначае ня зжыты і да нашага часу факт:

Табліца № 1.

Назва хваробы	Гарадзкія жанчыны		Сельскія жанчыны		Усяго	
	Агульны лік	%	Агульны лік	%	Агульны лік	%
Штучны выкід	258	—	88	—	346	—
Пазаматачная цяжарнасьць	48	—	34	—	82	—
Запаленьне дадаткаў	220	23,1	88	12	308	—
„ каляматачнай каморніцы	43	3,9	87	10,1	130	—
„ эндомэтрыя	176	16	140	16,2	316	—
Выпадзеньне палавых органаў	51	4,7	125	14,5	176	—
Неправільныя палажэньні палавых органаў	22	—	19	—	41	—
Няваабразаваньні яечнікаў	53	—	68	—	121	—
Фіброміомы	41	3,8	46	5,3	87	—
Рак палавых органаў	19	1,8	32	3,8	51	—
Саркома	2	—	3	—	5	—
Сьвішчы	—	0	21	2,4	21	—
Клімакс	9	—	1	—	10	—
Няпоўны выкід	87	—	43	—	130	—
Розныя другія захвараваньні	54	—	67	—	121	—
Усяго	1083	56	863	44	1946	100

„это повсеместное отсутствие бань и нерасположение населения к купаньям“, а таксама адзначае, што: „другую не менее общую особенность белорусского народного акушерства составляет суеверный характер его... краткое ознакомление с деятельностью деревенских повитух и правилами помощи роженицам показывает, какая масса суеверия, невежества и даже жестокости лежит в основе белорусского народного акушерства, а между тем его услугами пользуется 99 проц. всех происходящих родов“.

У перыодзе часу з 1869 па 1887 году на 190 т. насельніцтва прыходзіўся 1 доктар і 3 акушэркі, а з 1887 году колькасьць дактароў

павялічылася—1 доктар на 100 т., колькасьць акушэрак асталася тая самая. Прынята імі было 1,12 проц. усіх нарадзіўшыхся, згодна весткам, якія падаваліся самімі акушэркамі і якія пасьля падрабязгоэага і беспрыстрастнага аналізу Сіцынскі лічыць значна павялічанымі і непраўдападобнымі.

У такім становішчы акушэрская дапамога заставалася да 1903 г., калі справа мэддапамогі перайшла ў губэрнскія камітэты па справах земскай гаспадаркі. Павялічэньне лекавай сеткі нязначна адбілася на акушэрскай дапамозе. На I зьезьдзе дактароў Менскай губэрні ў 1908 г. д-р. Берман М. Н. зрабіў даклад: „О положении акушерской помощи сельскому населению Минской губ.“, у якім адзначае што: „положение акушерской помощи сельскому населению в настоящее время у нас такое же как было 10-15 лет тому назад“. Ён канстантуе павялічэньне яе з часоў апісаных Сіцынскім толькі на 0,23 проц., гэта значыць з 1,12 проц. да 1,35 проц. Колькасьць жыхароў на 1 доктара стала 44 т. і на 1 акушэрку стольві-ж. Падкрэсьліваецца той-жа самы нізкі культурны ўзровень насельніцтва, вера ў шаптуноў і ведзьмакоў і барбарская дзейнасьць вясковых бабак. Зьезд прымае рэзалюцыю ў якой адзначае: „плачевное положение акушерской помощи сельскому населению і абірае камісію дзеля „упорядочения“ вопроса о родовспоможении“. У г. Менску справа роддапамогі па дакладу д-ра Поляка М. А. стаяла вельмі добра.

У родпрыютах ражала прыблізна 17 проц., а рэшта ў сябе дома пры дапамозе прыватных акушэрак, якіх было па некалькі ў кожным завулку.

На 2-м зьезьдзе дактароў Менскай губ. у 1911 годзе д-р Іоэльсон у дакладзе „К вопросу о падаче акушерской помощи в деревнях Минской губ.“ прыходит к тым-жа вывадам, як і д-р Берман у 1908 г. Ізноў абіраецца камісія і справа астаецца такою як і была.

У 1914 годзе на 3-м зьезьдзе дактароў д-р Э. І. Ланда ў сваім дакладзе: „Современное состояние акушерской помощи сельскому населению и желательные улучшения в постановке яе“ паказвае, што справа роддапамогі пасунулася наперад, галоўным чынам, дзякуючы пашырэньню лекавай сеткі. Стацыонарнаю дапамогаю карысталася 0,8 проц. і хатняю 3,64 проц., колькасьць акушэрак павялічылася—1 акушэрка на 35 т. насельніцтва. Аднак насельніцтва па сваёй цемры і някультурнасьці, а таксама і эканамічным умовам зварачаецца да вясковых бабак нават там, дзе яна магла-б атрымаць кваліфікаваную роддапамогу. Ланда таксама адзначае, што: „наши земские врачи в большинстве случаев незнакомы с акушэрством, акушерской асептикой, не умеют ставить научно-обоснованные паказания к оперативному вмешательству, а поэтому слишком часто оперируют при отсутствии строгих показаний“. Ён таксама ідзе супроць акушэрак з каротка-тэрміновою падрыхтоўкаю. Паданыя д-ра Ланда дзеля нас цікавы тым, што яны характэрызуюць становішча роддапамогі перад імпэрыялістычнаю вайною. Такім чынам, мы бачым, што ў дарэвалюцыйныя гады акушэрская дапамога пры вельмі рэдкай лекавай сетцы была амаль што ў пачатковым становішчы (табл. 2) і ня гледзячы на стараньні самой доктарскай масы ў ліцы зьездаў дактароў падварушыць і скрануць з месца акушэрскую дапамогу гэта ня ўдавалася па аб‘ектыўным умовам таго часу.

У часе імпэрыялістычнай вайны было зьнішчана і тое невялікае, што мелася.

Што датычыцца гінэколёгічнай дапамогі, то яе амаль што ня было, калі ня лічыць двух прыватных гінэколёгічных лячэбніц прыблізна па

20 ложкаў, якія займаліся больш консэрватыўным лячэньнем. З дакладу д-ра Бэрлянда: „О чревосечениях при внематочной беременности, производимых в гор. Минске“, мы даведваемся, што да 1908 году было зроблена каля 13 апэрацый і то ў большасьці выпісваемымі дзеля гэтай мэты спэцыялістамі з Варшавы. Лячэбніцы гэтыя былі даступны толькі багатаму насельніцтву. У губэрскай земскай больніцы гінэколёгіей займаліся хірургі, асобных гінэколёгічных ложкаў ня было выдзелена. Такое становішча цягнулася да 1923 году, калі ў Менску была арганізавана акушэрска-гінэколёгічная клініка.

Табліца № 2.

Гады	Колькасьць жыхароў на 1 ўрача	Колькасьць жыхароў на 1 акушэрку	Колькасьць нарадзіўшыхся на 1 акушэрку	Фактычны % радзільнай дапамогі	Магчымы % акушэрскай дапамогі	Сьмяротнасьць ад радз. гарачкі на 1000 р.	Урачэбны радыус
1869—1890 .	200.000	67.000	—	1	—	—	55 вёрст
1890—1903 .	100.000	67.000	—	1,12%	—	—	40 „
1903—1911 .	41.000	44.000	2700	1,35%	3%	5	23 „
1911—1915 .	25.000	35.000	1476	3,5%	9%	—	19½ „

Зварачаючыся да разгляду акушэрскай дапамогі ў першыя гады рэвалюцыі, ня маючы дакладных вестак аб іх, мы ўсё-ж можам думаць, што становішча было дрэннае. Зруйнованая вайною лекавая сетка, адсутнасьць пэрсаналу цяжка адбіліся на ўсёй справе мэддапамогі.

Табліца № 3.

Гады	% роддапамогі на 100 нарадзіўшыхся			Колькасьць жыхароў на 1 акушэрку на вёсцы	Колькасьць радзіўшыхся на 1 акуш. на вёсцы	Колькасьць родаўспамажэньняў на 1 акуш. на вёсцы
	У акруговых гарадох	У інш. і сельск. мясцов.	Усяго па БССР			
1925 . . .	75	7	12	19.000	730	67
1926	82	8	14	15.000	503	54
1927	82,67	11,76	16,9	13.500	470	60,2
1928	97,17	14,1	19,9	11.010	408	55

З 1923 году пачынаецца плянавае будаўніцтва аховы здароўя ў Беларусі, і ўжо ў 1925 годзе мы маем павялічэньне роддапамогі супроць 1905 году амаль што ў тры разы. Рост гэты ідзе бязупынна вельмі шпарка ў акруговых гарадох і больш паволі на вёсцы (табліца 3). З прыведзенай табліцы мы бачым рост роддапамогі на 100 радзіўшых як у горадзе, так і на вёсцы па гадох.

Пераходзім да разгляду сучаснага становішча роддапамогі.

У гарадох (табл. 4) роддапамога ў 1928 г. характэрызуецца амаль што поўным ахватам нарадзіўшыхся і складае 92,4 проц. стацыонарнай дапамогі і 4,77 проц. хатняй, што складае 97,17 проц. і дае рост у параўнаньні з 1927 г. на 14,5 проц., 2,83 проц. ражаючых без мэддапамогі зьяўляюцца дэкласіраваным насельніцтвам і выпадкова не папаўшымі ў родпрыюты. Забясьпечаныя ахвачаны роддапамогаю на 100 проц. Па колькасьці абхвату на першым месцы стаяць Полацак, Менск і Віцебск 95,1 проц.—92,3 і на апошнім Магілёў і Гомель—70,9—73 проц. Паасобна стаіць Мазыр, у якім абхват роддапамогаю гарадзкога насельніцтва не ўдалося выявіць па прычыне таго, што колькасьць радзіўшых у родпрытулку, амаль што ў два разы вышэй нарадзіўшыхся ў горадзе, што тлумачыцца наплывам ражаючых з акаляючых Мазыр вёсак, пры гэтым у вельмі значным ліку з патолёгічнымі родамі.

Табліца № 4.

Горад	Колькасьць нарадзіўшыхся	Роддапамога: Родаў у родпрытулках: Нармальных	Роддапамога: Родаў у родпрытулках: Паталёгічных	Роддапамога: % роддапамогі нарадзіўшыхся	Роддапамога: % патолёгіі	Роддапамога: % занятасьці ложкаў	Аборты: Агульная колькасьць абортаў	Аборты: % абортаў да нарадзіўшыхся	Аборты: % абортаў да роддапамогі
Бабруйск . . .	1406	1115	79	79,2	7,08	115	1587	112	132.91
Віцебск . . .	2462	2273	50	92,3	2,2	85	2300	93,4	99.0
Гомель . . .	2262	1784	58	70,9	3,3	109	1559	69	84,63
Менск . . .	3581	3343	160	93.3	4,8	70	3481	97,2	99,37
Магілеў . . .	1370	949	50	73	5.2	69	1436	104.81	143,74
Мазыр . . .	386	684	117	?	17	111	167	43.26	20.84
Ворша . . .	680	504	32	78,9	6,3	93	447	65,73	83,39
Полацак . . .	830	737	53	95,1	7,1	82	980	118,07	124.05
Усяго .	12977	11389	599	92.4	5,2	89	11957	92,13	99,74

Цікава таксама зьвярнуць увагу на занятасьць ложкаў. Прычым аборты ў лік ня прымаліся. І вось ня лічачы абортаў мы наглядаем перагрузку радзільных ложкаў у Бабруйску, Гомлі і Мазыру на 9 проц.—15 проц. Менш усяго нагружаны ложкі ў Менску і Магілеве—69 проц.—70 проц. Аднак, калі мы прылічым аборты, якія даюць нагрузку ад 30 да 50 проц., то тады мы заўважым перагрузку ва ўсіх гарадох да 20 проц.

З якаснага боку становішча роддапамогі ў гарадох трэба сказаць яшчэ досыць нізкая. Гэта залежыць у першую чаргу ад перагрузкі ложкаў. Наглядаецца невыстарчальнае забясьпечаньне бялізнаю, ёсьць

яшчэ такія родпрытулкі, дзе толькі ў гэтым годзе набыта па трэцяй зьмене. Не ва ўсіх прытулках маюцца дзіцячыя палаты і як правіла ва ўсіх прытулках недахоп дзіцячай бялізны і пялёнак. Большасьць прытулкаў зьмяшчаюцца ў выпадкова і часта без ніякага пляну прыстасованых будынках, а пагэтаму ня маюць сапраўдных ізалятараў і не адпавядаюць свайму прызначэньню наогул. Ня маецца сувязі родпрытулкаў з консультацыямі дзеля цяжарных.

Становішча роддапамогі ў 1928 г. па вёсцы (табл. 5) і іншых мясцовасьцях узрасло супроць 1927 году мала—на 2,35% і па асобных акругах вырысоўваецца ў такім выглядзе: на першым месцы стаяць Менская, Бабруйская і Віцебская акругі, дзе ахвачана роддапамогаю ад 15,1 да 16,7% нарадзіўшыхся і на апошнім месцы стаяць Полацкая і Магілеўская 9,6—10,7%. Вышыня паказальніка залежыць ад радыусу абслугоўваньня, інакш кажучы ад гушчыні лекавай сеткі, ад шчыльнасьці насельніцтва, шляхоў зносін і культурнасьці насельніцтва.

Табліца № 5.

Назва акругі	Колькасьць нарадзіўшыхся	Роддапамога										Аборты		
		Нармальныя роды		Паталёгічныя роды		Агульны % роддапамогі да нарадзіўшыхся	% роддап. у лек. устан. да агульн. роддапам.	% роддап. на даму да агульнай роддапам.	% паталёг. родаў да агульнай роддапам.	Колькасьць акушэрак	На 1 акушэрку роддапамогі	Агульная колькасьць абортаў	% абортаў да нарадзіўшыхся	% абортаў да роддапамогі
		У лекавых установах	На даму	У лекавых установах	На даму									
Бабруйская	26703	1452	2629	128	140	16,2	36,3	63,7	6,2	75	58	1818	6,8	41,8
Віцебская	16342	581	1593	91	195	15,1	27,5	72,7	11,6	42	58,6	1076	6,6	43,8
Гомельская	24101	1920	1066	127	74	13,2	62	38	6,3	50	63,7	2319	9,6	72
Менская	30674	2220	2491	232	167	16,7	48	52	7,8	69	74,1	1835	6,0	35,9
Магілеўская	28872	1591	1233	176	72	10,7	57,5	42,5	8,1	70	43,2	3001	10,4	97,7
Мазырская	13853	951	694	87	24	12,7	59,1	40,9	6,3	35	50	937	6,7	53,4
Аршанская	17054	1176	971	125	93	13,9	55	45,0	9,2	43	55,0	1157	6,8	48,9
Полацкая	12770	589	488	78	75	9,6	54,2	45,8	12,4	32	38,4	774	6,1	62,9
Усяго	170324	10480	11165	1044	840	14,1	47,0	53,0	7,9	416	55,2	12917	7,6	56,1

Амаль што ва ўсіх акругах роддапамога на даму перавышае роддапамогу ў лекавых установах. Гэта тлумачыцца поглядам сялянства на родавы акт як не патрабуючы бальнічнага ўтрыманьня. Умовы жыцьця сялянкі прымушаюць яе будучу ў полагу займацца хатняю працаю, а бывае на другі дзень пасьля родуісьці на поле працаваць. Вельмі значную ролю ў пераважнасьці хатняй роддапамогі мае таксама яшчэ досыць вялікі бальнічны радыус і шляхі зносін. Нават паталёгічныя роды амаль што на палову праходзяць у хаце.

Якаснае становішча стацыянарнай роддапамогі на вёсцы яшчэ горш чым у горадзе. Толькі ў Менскай і Полацкай акругах выдзелены асобна радзільныя ложкі з агульнай колькасьці.

Абсталяваныя радзільныя пакоі маюцца ня больш, як у 30% раённых больніц. Дрэнна стаіць справа з абарудваньнем, інструмэнтарыям урачэбных амбуляторый і досыць добра ў раённых больніцах.

Праве нідзе ня маецца абарудаваных акушэрскіх сумак.

Сярэднім адна акушэрка прымае 55 родаў і з якіх 7,3 родаў праводзяцца сумесна з урачом. Такім чынам, мы наглядаем недагрузку акушэрак роддапамогаю, так як па нормах НКАЗ адна акушэрака ў год можа прыняць 100 родаў. Чым тлумачыцца гэта недагрузка?

Трэба думаць ізноў такі радыусам абслугоўваньня гэта першае і ў меншай меры несьвядомасьцю насельніцтва.

У гэтым так-жа адыгрывае ролю наглядаючаяся да гэтага часу тэндэнцыя скарыстоўваць акушэрак не па прызначэньню: гаспадарчая праца, праца ў аптэцы, амбуляторыі і г. д. Дзеля зьнішчэньня апошняга мы маем, кароценькі але вельмі карысны цыркуляр НКАЗ ад 11 лютага г. г. № 57, якім прапанована аслабаніць акушэрак ад усіх заняткаў не па прызначэньню дзеля таго, каб яны заняліся роддапамогаю, патронажам і санасьветнаю працаю ў сваёй галіне.

Аднак гэтага мала. Неабходна зацікаўленасьць акушэрак саміх сваёю акушэрскаю працаю. Там, дзе сялянка сама ня ідзе да акушэркі, павінна акушэрка пайсьці да сялянкі. Такіх акушэрак пакуль што яшчэ ня чутно.

Неабходна выпрацаваць тып савецкай акушэркі высока кваліфікаванай, якая магла-б скора разьбірацца ў фізыолёгіі і патолёгіі родаў і самастойна аказаць дапамогу ў больш лёгкай патолёгіі, як накладваньне швоў на прамежжа, выдзяленьне плоднага месца, разрыў плоднага пухіра і г. д. Яна павінна быць так-жа дасканальна знаёма з консультацыённаю працаю і патронажам. Павінна быць актыўнаю грамадзкаю працаўніцаю, першаю жэндэлегаткаю і актывісткаю ў сваім сяле. Умовы нашага вясковага жыцьця вымагаюць ад нас такую акушэрку. У гэтых адносінах мы павінны стаяць вышэй чым Нямеччына, дзе акушэркі маюць дзевяцімесячную падрыхтоўку. Там недахоп кваліфікацыі акушэркі компэнсыруецца густою лекаваю сеткаю і дасканалымі шляхамі зносін. Мы кваліфікаваную акушэрку можам мець. Сямёхгодка і тры гады мэдтэхнікуму пры належнай пастаноўцы могуць даць такую акушэрку. На кваліфікацыю акушэркі неабходна зьвярнуць пільную ўвагу, бо акушэрка на вёсцы была, ёсьць і яшчэ доўгі час будзе галоўным рухавіком акушэрскай дапамогі. Неабходна паставіць пытаньне аб удасканаленьні сучасных вясковых акушэрак, хаця-б шляхам завочных курсаў, як у РСФСР; 100 месц, якія атрыманы НКАЗ БССР невыстарчальны, трэба падумаць аб арганізацыі такіх курсаў у нас (пры удзеле часопісі „Работніца і Сялянка").

Неабходна так-жа коратка спыніцца на кваліфікацыі і ўрачэбнага пэрсоналу. Агульнае зьявішча да гэтага часу на раёне, што тлумачыцца буйным ростам лекавай сеткі,—гэта перавага маладых дактароў з малым стажам, адсюль невыстарчальная кваліфікацыя ў галіне акушэрства.

Трэба адзначыць, што тэорэтычная падрыхтоўка дактароў, канчаючых мэдфак БДУ, саўсім здавальняючая, дзякуючы належнай пастаноўцы выкладаньня. Аднак гэтага нельга сказаць наконт практычнай падрыхтоўкі—яна нездавальняючая, па прычыне немагчымасьці па невялікім клінічным матэр'яле пры існуючай колькасьці студэнтаў і асаблівай асьцярожнасьці ў адносінах заняткаў на цяжарнай жан-

чыне даць гэтыя практычныя веды. Неабходна паставіць пытаньне аб абавязковым ня менш як ½ гадовым стажы па акушэрству дзеля дактароў якія пойдуць працаваць на раён, а таксама даць магчымасьць удасканаліць свае веды працуючым.

Пераходзячы да разгляду становішча гінэколёгічнай дапамогі прыходзіцца адзначыць, што ў гэтым пытаньні да апошняга часу няма належнай яснасьці. Мы яшчэ нават і цяпер ня маем ва ўсіх акруговых гарадох самастойных гінэколёгічных аддзяленьняў і гэта тлумачыцца, з аднаго боку, шкадліваю тэндэнцыяю падменіваць гінэколёгію хірургіей, а з другога—малою зацікаўленасьцю акруговых інспэктур аховы здароўя ў арганізацыі паказаных аддзяленьняў і няяснасьцю прадстаўленьня імі таго, што такое гінэколёгія і як яна павінна быць пастаўлена. Калі хірургі па меры свайго хірургічнага разуменьня спраўляюцца з неадкладнаю гінэколёгічнаю дапамогаю, то інспэктуры астаюцца задаволенымі і лічаць, што большага і ня трэба, ня гледзячы на тое, што 70% гінэколёгічных хворых астаюцца без належнага стацыянарнага лячэньня, гадамі абіваючы парогі амбуляторый. Неабходна ведаць, што хірургія ў гінэколёгіі складае ня больш 30% і дзеля таго, каб правідлова паставіць пытаньне аб хірургічным умяшацельстве, пры тым ці іншым гінэколёгічным захвараваньні неабходна ва ўсёй шырыні ведаць жаночую палавую сфэру, а так-жа і сувязь яе са ўсім арганізмам жанчыны. Толькі такі падыход да хворай можа даць ёй гарантыю ў тым, што яе жывот ня будзе ускрыт без патрэбы. Скарачэньне круглых вязак маткі альбо экстырпацыя яе не вырашаюць гінэколёгічнай дапамогі, адначасова як і гінэколёг, які не ўладае скальпелем ня можа лічыць сябе законченым гінэколёгам.

У наступны час маецца ў акруговых гарадох 152 гін. ложкі і 20 ложкаў у іншых гарадох. Бабруйск, Гомель, Полацак і Мазыр самастойных гінэколёгічных аддзяленьняў ня маюць, але трэба думаць, што і там каля 70 ложкаў занята гінэколёгічнымі хворымі. Такім чынам, усяго ў Беларусі маецца каля 242 ложкаў. Па вылічэньні Дзіхцяра ў 1926 г. дзеля Беларусі бяз Гомельшчыны патрэбна было 154 гін. ложкаў. Не займаючыся тэорэтычнымі вылічэньнямі колькасьці ложкаў, патрэбнай у сучасны момант, мы павінны паставіць перад сабою практычныя заданьні, якія магчыма ажыцьцявіць у бліжэйшыя часы.

Аналіз дзейнасьці гінэколёгічных габінэтаў і стацыонараў за 1928 г. (табл. № 6) паказвае, што толькі ў Менску мы маем здавальняючае становішча, як у сэнсе амбуляторнай, так і стацыонарнай дапамогі; сярэдняя прабываемасьць на ложку 15,1 па д-ру Немченко 16,3. У другіх-жа аддзяленьнях сярэдняя ад 2,8 да 8 дзён. Гэтакая малая прабываемасьць на ложку паказвае, што консэрватыўныя захвараваньні ня лечацца, зьмяншаецца так-жа колькасьць дзён і за лік абортаў. У Менску аборты ў гін. аддзяленьнях ня робяцца. У другіх гарадох за выключэньнем Бабруйску амбуляторная дапамога таксама не выстарчальна.

Такім чынам, неабходна зьвярнуць увагу на арганізацыю як стацыонарнай, так і амбуляторнай гін. дапамогі ў першую чаргу там, дзе няма гінэколёгічных аддзяленьняў і ў тых мясцовасьцях, дзе большы % жанчын уцягнутых у вытворчасьць—момант які выклікае павышаную захвараваемасьць жанчын.

Неабходна так-жа арганізаваць у раённых бальніцах у першую чаргу больш буйных раёнаў з прамысловым значэньнем гінэколёгічна-акушэрскія аддзяленьні, а не хірургічна гінэколёгічныя і асобна акушэрскія, бо гінэколё ія больш увязваецца з акушэрствам і акушэрска-гінэколёгічныя аддзяленьні лягчэй будзе ўкомплектаваць спэцыялістамі,

якія адбываюць свой ардынатарскі стаж у акуш.-гін. клініцы. Спэцыялістаў хірургаў-гінэколёгаў нашы хірургічныя клінікі не выпушчаюць.

Табліца № 6.

Гарады	Першаразн. гінэколёгічных хвор. амбулятор.	Паступіла ў стацыонар	Праведзена ложка-дзён	% госьпіталізацыі	Сярэдняя прабыв. на ложку
Бабруйск .	5210	1868	5381	—	2,8
Віцебск . .	—	—	—	—	—
Гомель . .	3847	404	181[illegible]	—	4,5
Менск . .	9296	1125	16790	—	15,1
Магілеў . .	1718	773	5804	—	8
Мазыр . .	—	—	—	—	—
Ворша . .	348	862	7001	—	8
Полацак . .	788	—	—	—	—

Арганізацыя гінэколёгічных аддзяленьняў у акруговых гарадох і акушэрска-гінэколёгічных у неакруговых і раёнах дасьць магчымасьць разьвівацца гінёколёгічнай дапамозе, скараціць пасылку хворых на лячэньне ў другія гарады і пазьбавіць жанчын ад раньняй інваліднасьці. У гэтым павінны быць зацікаўлены ня толькі ворганы аховы здароўя, але таксама і страхавыя арганізацыі.

Сетка акушэрска-гінэколёгічных установаў па БССР на 1928 г.

Акругі	Радыльныя ложкі			Гінэколёгічн. ложкі			Гінэкол. габінэты		Кансульт. цяжарн.		Акушэрскі	
	Акруговыя гарады	Іншыя гарады	Сельскія мясц.	Акруговыя гарады	Іншыя гарады	Сельскія мясц.	Акруговыя гарады	Сельскія мясц.	Акруговыя гарады	Сельскія мясц.	Акруговыя гарады	Сельскія мясцов.
Бабруйская	20	15	—	70[1])	—	—	3	—	1	7	7	75
Віцебская	55	—	—	42	—	—	4	—	2	—	13	42
Гомельская	40	19	—	82[1])	3	—	1	—	2	3	24	50
Менская	120	20	57	65	7	—	6	2	4	2	35	69
Магілеўская	30	10	—	15	5	—	3	—	1	3	26	71
Мазырская	15	—	—	10[1])	5	—	—	—	1	6	4	35
Аршанская	12	—	—	20	—	—	2	—	1	5	9	43
Полацкая	20	—	21	40[1])	—	—	—	—	1	—	7	32
Усяго па БССР .	322	64	78	152	20	—	19	—	13	26	126	447

[1]) Адзначае ложкі гінэколёгічныя разам з хірургічнымі.

З восені 1928 году ў Менску пры акушэрска-гінэколёгічным аддзяленьні арганізавана лячэньне ракавых гінэколёгічных хворых радыем. Аддзяленьне мае 4 ложкі і 60 мілігр. радыя. Абслугоўваецца пэрсаналам клінікі. Гэта аддзяленьне неабходна пашырыць хаця-б да 8 ложкаў, так як маецца вялікая чарга і адказы.

Карысьць працы ўжо відавочная, хворыя не пасылаюцца ў Ленінград, на што раней траціліся вялікія сродкі. Першапачатковыя вынікі лячэньня добрыя, больш далёкія яшчэ невядомы.

Вельмі вялікае профіляктычнае значэньне ў справе роддапамогі маюць кансультацыі дзеля цяжарных. У акруговых гарадох такіх кансультацый 13 і ў раёнах 26. Аднак праца консультацый у раёнах у справе профіляктывізацыі акушэрскай дапамогі нязначная і гэта тлумачыцца тым, што прыём цяжарных там праводзіцца ўрачамі охматмлада з пэдыятрычным ухілам; будучы пэдыятрамі яны ў першую чаргу і займаюцца дзецьмі і толькі паміж іншым цяжарнымі. Неабходна, каб там, дзе ў раёнах маюцца ўрачы з акушэрска-гінэколёгічным ухілам, прыём цяжарных у кансультацыях праводзілі яны. Неабходна адзначыць наогул невыстарчальнасьць кансультацый дзеля цяжарных у раёнах. Гэты недастатак павінен быць папоўнен кансультацыйнаю дзейнасьцю акушэрак. Па пяцігадоваму пляну мяркуецца павялічыць колькасьць кансультацый у гарадох на 5, а ў раёнах прамысловага значэньня на 9.

Цяпер застановімся на пэрспэктывах разьвіцьця акушэрскай дапамогі па 5-цігадоваму пляну НКАхзд. БССР.

У акруговых гарадох к 1932-33 году мяркуецца давесьці стацыянарную роддапамогу да 96,5% абхвату ўсіх нараджэньняў, прымаючы нараджаемасьць 29,1 на 1000 насельніцтва, прабываемасьць па ложку ў 8 ложка-дзён і 335 дзён у гаду.

Дзеля гэтай мэты неабходна будзе павялічыць ложкавы фонд з 322 ложкаў да 405 у першую чаргу ў тых гарадох, дзе ўжо ёсьць перагрузка ложкаў. Аб тым, што лічбу стацыянарнай дапамогі можна будзе да канца 5-цігодкі давесьці да 96,5% і разам з хатняю яна будзе складаць амаль што 100% супярэчнасьці быць ня можа. Аднак НКАЗдароўя не ўлічан адзін фактар—гэта аборты, які ўжо і цяпер дае перагрузку ложкаў ва ўсіх гарадох і гэтым адбіваецца на якасьці роддапамогі ў родпрытулках. Выхад з гэтага становішча ўжо адшуківаецца на мясцох у арганізацыі платных абортных ложкаў. Я думаю, што на гэты шлях трэба будзе стаць усім акругам. Арганізацыя платных абортарыяў з бесплатнымі абортамі дзеля адзіночак і беспрацоўных разгрузіць родпрытуламі ад абортаў. Аднак неабходна сачыць, каб ішло сапраўднае павялічэньне ложкаў дзеля абортаў і каб дзеля гэтай мэты не скарыстоўваліся існуючыя штатныя радзільныя ложкі.

Разьвіцьцё акушэрскай дапамогі на вёсцы па пляну НКАЗдароўя прадугледжвае павялічэньне яе к 1932-33 году да 40% абхвату ўсіх нараджэньняў, што дае рост супроць 1928 году па 23,5%, пры нараджаемасьці ў сельскіх мясцовасьцях 40,2 на 1000 насельніцтва. Дасягнуць гэтага магчыма будзе пашырэньнем роддапамогі ў лекавых установах шляхам выдзяленьня з агульнай колькасьці 15% ложкавага фонду дзеля рожаніц у раённых і вучастковых больніцах. У неакруговых гарадох гэты процант неабходна будзе павялічыць да 20%. Пашырэньне хатняй роддапамогі мяркуецца правесьці за лік павялічэньня колькасьці акушэрак па першапачатковай думцы НКАЗдароўя па аднэй на ўрачэбную амбуляторыю і на раённую больніцу, давёўшы з 416 акушэрак у 1928 годзе да 729 у 1932-33 годзе, пры норме прыёму акушэркаю 100 родаў у год. Але неабходна абгаварыць пытаньне аб іншым разьмеркаваньні і скарыстоўваньні павялічваемай

колькасьці акушэрак. Заўважваецца, што акушэркаю ў першую чаргу абслугоўваецца паблізу жывучае насельніцтва, а пэрыфэрыя радыусу акушэркі мала карыстаецца яе дапамогаю. Па гэтай прычыне неабходна прыблізіць акушэрку да сялянкі. Неабходна арганізаваць акушэрскія пункты. Я мысьлю сабе наступную форму і функцыі такога акушэрскага пункту. Акушэрскі пункт складаецца з акушэркі і санітаркі. Павінен мець пакой дзеля агляду цяжарных жанчын і быць абарудаваным усім, што неабходна дзеля гэтага. Акушэрка пункту аказвае роддапамогу пры нармальных радзінах. Вядзе кансультацыю і патранаж цяжарных жанчын свайго раёну, выдзяляючы такіх, якія могуць даць патолёгію пры родах: вузкія лагвы, папярочныя палажэньні і г. д. накіроўвае іх своечасова ў раённую альбо вучастковую больніцу, вядзе санасьветную працу ў галіне ахматмладу, і ў выпадках патрэбы аказвае неадкладную дапамогу ў няшчасных выпадках. Лекавою працаю не займаецца, накіроўваючы хворых у бліжэйшыя мэдпункты. Вось каротка тыя функцыі, якія будзе несьці такі акушэрскі пункт. Разьвёртываць такія пункты неабходна будзе ў найбольш удалённых месцах ад мэдпунктаў, з разьлікам абслугоўваньня да 3-х тысяч насельніцтва—прыблізна адзін сельсавет. Пры ажыцьцяўленьні памяркованых мерапрыемстваў акушэрская дапамога будзе мець такія формы: 1) акушэрскі пункт на вёсцы, 2) акушэрска-гінэколёгічнае аддзяленьня ў райбальніцы; у гарадох: 1) кансультацыя дзеля цяжарных; 2) родпрытулак, гінэколёгічная аддзяленьне. Дзейнасьць паказанных устаноў увязваецца паміж сабою. Акруговы акушэр-гінэколёг зьяўляецца актыўным кансультантам акруговага інспэк. аховы здароўя, распрацоўваючы усе мерапрыемствы па паказаных спэцыяльнасьцях.

Такім чынам правільная арганізацыя акушэрскай дапамогі зьявіцца профіляктыкаю гінэколёгічных захвораньняў па вёсцы. У гарадох паміма гэтага павінна вясьціся барацьба з профшкоднасьцямі ў шырокім значэньні гэтага слова.

Разьвіцьцё акушэрства і гінэколёгіі павінны прыцягнуць да сябе ўвагу жаночых грамадзкіх арганізацый і стаць у іх першачарговаю задачаю.

Пры ўдзеле працоўнай жанчыны, грамадзкасьці і спэцыялістаў усе намяркованыя задачы будуць дасягнуты; у гэтым могуць быць парукаю тыя дасягненьні ў разьвіцьці акуш. і гін., якія мы маем на Беларусі за час існаваньня савецкай мэдыцыны.

Літаратура і матэрыялы:

1) *А. А. Сицинский*—Акушерская помощь в Минской губ. 1880—1889.
2) *М. Н. Берман*—О положении акушерск. пом. населению Минск. губ. (Труды I с'езда врачей Минск. губ.).
3) *М. А. Поляк*—Акушерская помощь в Минске (там-же).
4) *Р. Эйг*—К вопросу о положении акушерок в Сев.-Зап. крае (там-же).
5) *Б. Д. Иоэльсон*—К вопросу о подаче акушерск. пом. в деревнях Минск. губ. (II с'езд врачей Минской губ. 1911 г.).
6) *Э. И. Ланда*—Современное состояние акуш. пом. сельск. насел. Минской губ. (III с'езд врачей Минск. г. 1914 г.).
7) *С. Б. Левшецкий*—Отчет о родильн. доме гр. Хрептовичей в Шорсах, Минск. губ. 1910—1913 г. г. (там-же).
8) *Дорофеева*—К вопросу о земской акушерск. пом. сельск. нас. Минск. губ. (Врач. Мин. Изв. 1910 г. № 3).
9) *С. Р. Дихтяр*—Лечебно-профил. задачи в области род. гин. пом. в Белор. (Бел. Мэд. Дум. 1926 г. № 4—6).
10) *М. О. Говар*—Гістарычны агляд разьвіцьця акуш. дапам. на Белар. (Бел. М. Д. 1927. № 9—12).
11) *Leopold*—Gynäkol. Rundschau II. Heft 3.
12) *Е. Ю. Зеліксон*—К социальной патологии Менск. забол. (Бел. М. Д. 1924 г.).
13) *Б. Я. Смулевич*—Заболеваемость и смертность насел. город. и местеч. Бел. 1928 г.
14) *М. Гирш*—Здоровье и профес. забол. Менщины 1926 г.
15) Статыстычныя матэрыялы Ц.С.У. Б.С.С.Р.

Лічбовыя даныя аб алкагалізьме на Беларусі.

С. М. Афонскі.

Шырокае разьвіцьцё антыалькагольнага руху ў СССР, пачынаючы з мінулага 1928 году, зьяўляецца натуральнай і зусім сваечасовай рэакцыяй на тыя грозныя вынікі, якія цягне за сабою за апошнія гады буйны ўзрост алькагалізму. Каб гаварыць аб разьмерах яго ў цяперашні час у СССР, неабходна спыніцца на даных аб алькагалізьме перад увядзеньнем алькагольнай забароны ў 1914 годзе.

Алькагалізм у даваенны час.

У сэнсе спажываньня сьпірытусовых напояў насельніцтвам былой царскай Расіі 1913 год, які папярэджваў імпэрыялістычную вайну, быў рэкордным. Разьмеры агульнага і душавога спажываньня алькаголю і страты насельніцтва ў гэтым годзе відаць з наступнае табліцы.

Табліца І-я [1]).

Прадукцыя 40° гарэлкі ў 1913 г. у мільёнах вёдзер	Спажыта 40° гарэлкі ў мільёнах вёдзер	Кошт спажываемай гарэлкі ў мільён. руб.	Спажываньне гарэлкі на 1 душу ў вёдрах	Спажыта піва ў мільёнах вёдз.	Кошт спажыв. піва ў міл. руб.	Спажыв. піва на 1 душу ў вёдрах	Спажыта віна ў мільёнах вёдз.	Кошт спажыв. віна ў мільён. руб.	Спажыв. віна на 1 душу ў вёдрах
135,8	104.7	893	0,66	94	216	0,55	25	100	0,16

Прыбыткі дзяржавы ад піцьцёвых збораў у 1911 годзе (даных 1912—1913 г. г. няма) былі роўны 830 мільёнам рублёў, што складала 28% усяго дзяржаўнага бюджэту (у 1906—1908 г. г. яны дасягалі 32% бюджэту). Грашовыя-ж страты насельніцтва на сьпірытусовыя напоі ў 1913 г. перавышалі 1.200 мільёнаў даваенных рублёў. Калі да гэтага дадаць кошт страчаных на алькаголь хлебных прадуктаў, а таксама ўсе страты, якія выклікалі вынікі алькагалізму, як напрыклад: больнічнае ўтрыманьне, пэнсіі інвалідам, вастрожнае зьняволеньне, страты ў прамысловасьці ў выніку прагулаў, няшчасных выпадкаў, прастояў і браку, выкліканых алькагалізмам, кошт страт ад пажараў, у той ці іншай меры зьвязаных з п'янствам, і інш., то выйдзе, што сьпірытусовыя напоі ў гэтым годзе абышліся насельніцтву

[1]) Э. И. Дейчман—Факты и цифры об алкоголизме в нашей стране. „Трезвость и культура", 1928 г., № 1.

звыш 3-х мільярдаў залатых рублёў. Гэтыя лічбы лепш усякіх слоў гавораць аб тым, якую вялізную колькасьць сьпірытусовых напояў спажывала насельніцтва былой царскай Расіі і якія вялізарныя былі яго страты на алькаголь.

Алькагалізм у СССР.

Калі зьвярнуцца да апошніх гадоў, дык мы перakанаемся, што спажываньне сьпірытусовых напояў у СССР у цяперашні час значна ніжэй даваеннага, але з другога боку ў апошнія гады адзначаецца выразная тэндэнцыя да ўзросту спажываньня сьпірытусовых напояў.

Табліца II-я [1]).

Гады	1922-23	1923-24	1924-25	1925-26	1926-27	1927-28
Спажыта гарэлкі ў мільёнах вёдзер	0,08	0,8	4,1	20,5	31,5	41,0
Спажыта піва ў мільёнах вёдзер	—	17,2	20,6	31,0	32,0	34,0

Лічба спажываньня гарэлкі 1913 году перавышае лічбу 1927-28 г. у $2^1/_2$ разы, па колькасьці-ж піва—у 3 разы. На гарэлку ў 1927-28 г. насельніцтвам СССР страчана 958 мільёнаў рублёў, на піва—170 мільёнаў руб. і звыш 130 мільёнаў руб. на вырабы з гарэлкі і вінаградныя віны, а ўсяго звыш 1.200 мільёнаў рублёў. Гэткім чынам страты насельніцтва СССР на сьпірытусовыя напоі ў 1927-28 г. намінальна дасягнулі даваеннай велічыні, але рэальна гэта ў 2 разы менш, таму што даваенны рубель роўны 2-м сучасным рублям. Прыбыткі Саюзнага бюджэту ад акцызу на сьпірытусовыя напоі ў 1927-28 г. роўны 700 мільёнаў руб., што складае 11% усяго бюджэту.

У сэнсе алькагалізацыі насельніцтва найбольш паказальна спажываньне гарэлкі на 1 душу, якое для гарадзкога і сельскага насельніцтва вылічваецца паасобку. І гэта зусім зразумела таму, што спажываньне 40° гарэлкі гарадзкім і сельскім насельніцтвам далёка неаднолькавае—сельскае насельніцтва, якое складае 82% усяго насельніцтва на 1913 г. выпіла 68,5% усяе прадукцыі гарэлкі, у 1926-27 г. яшчэ менш—52,4%; адсюль і страты гарадзкога насельніцтва на сьпірытусовыя напоі дасягаюць вялізарных разьмераў—у 1927-28 г. 632—647 мільёнаў руб. Параўнаньне спажываньня на 1 душу 1913 г. з спажываньнем 1927-28 г. паказана ў наступнай табліцы.

Табліца III-яя [2]).

Гады	Спажываньне гарэлкі на 1 душу: У гарадох	Спажываньне гарэлкі на 1 душу: У сельск. мясцов.
1913 . . .	1,71 вядра = 34 бут.	0,54 вядра = 11 бут.
1927-28 . . .	0,74 вядра = 15 бут.	0,21 вядра = 4 бут.

[1]) и [2]). По Э. И. Дейчману. „Трезвость и культура". 1928 г., № 1.

Спажываньне гарэлкі на 1 душу ў цяперашні час, як мы бачым, значна паменшылася ў параўнаньні з даваенным—у горадзе ў 2 з лішкам разы, а на вёсцы амаль што ў 3 разы. Галоўным спажыўцом як раней, гэтак і цяпер, зьяўляецца гарадзкое насельніцтва, спажываньне на 1 душу якога да вайны перавышала норму сельскага насельніцтва ў 3 з лішкам разы; у цяперашні-ж час гэтая розьніца паміж горадам і вёскай яшчэ большая, але яна памяншаецца за кошт самагону, які ў вялікай колькасьці спажываецца вёскай.

Статыстычна ўлічыць колькасьць спажываемага самагону па зусім зразумелых прычынах не зьяўляецца магчымым і аб ім магчыма гаварыць толькі прыблізна. Тыя лічбовыя даныя аб самагоне, якія ёсьць, вельмі значна адрозьніваюцца адны ад другіх. Так, на падставе дасьледваньня, якое зроблена Дзяржсьпіртам у ліпені—жніўні 1923 г., г. зн. яшчэ да выпуску гарэлкі, сельскім насельніцтвам выраблялася і спажывалася самагону лічачы сярэднюю моцнасьць яго ў 25°—каля 24,4 мільёнаў вёдзер, а ў перакладзе на 40° — 15,2 мільёнаў вёдзер [1]). Па Чатыркіну ў СССР у 1924 годзе ў вытворчасьці знаходзілася ня менш аднаго мільёну самагоначных апаратаў, а сярэдняе спажываньне на 1 душу самагону складала 0,144 вядра, што роўна чвэрці даваеннага спажываньня гарэлкі. Трата хлеба на самаген у 1926 г. вылічвалася вялізнай лічбай [2])—150—200 мільёнаў пудоў. Пры разьліку 6—8 бутэлек самагону з 1 пуда жыта, трэба дапусьціць больш высокія лічбы самагоннай прадукцыі,—звыш 50 мільёнаў вёдзер. Сапраўды, па дасьледваньню, зробленаму ЦСУ РСФСР у 1928 годзе—шляхам допыту 25 тысяч сельскіх карэспандэнтаў-статыстыкаў, колькасьць самагону, які выробляла сельскае насельніцтва аднэй толькі РСФСР, складае блізка 48 мільёнаў вёдзер у 25°, а ў перакладзе на 40°—каля 30 мільёнаў вёдзер, на што затрачана прыблізна 65 мільёнаў пудоў хлеба [3]). Пры ўсёй недасканаласьці гэтых даных усе-ж трэба думаць, што самагону выробляецца ня менш, чым хлебнага віна, а гэта значыць, што спажываньне на 1 душу алькаголю ў сельскіх мясцовасьцях значна вышэй паказанага.

Пасьля гэтага кароткага агляду, які датычыцца разьмеру і ступені распаўсюджваньня алькагалізму ў СССР за апошнія гады, мы пяройдзем да характарыстыкі становішча на Беларусі.

Спажываньне гарэлкі на Беларусі.

Беларусь ніколі не займала ў адносінах алькагалізму значнага мейсца. У той час, як у былой Пецярбургскай губэрні (1913 год) прыходзілася на 1 душу насельніцтва ў год 1,63 вядра 40° гарэлкі на суму 13 руб. 87 кап., у Маскоўскай губ.—1,55 вядра на суму 13 руб. 07 кап., у Менскай губ. толькі—0,45 вядра на суму 3 р. 79 к. Спажываньне гарэлкі ў Віцебскай і Магілёўскай губэрнях характарызавалася аналёгічнымі лічбамі: 0.45 вядра на 1 душу—3 руб. 83 кап. у Віцебскай і 0,47 вядра—3 р. 96 к. у Магілёўскай губ. [4]). Што спажываньне гарэлкі на 1 душу на Беларусі было нізкім, відаць з параўнаньня ня толькі з прамысловымі раёнамі: гэтак на 1 душу спажывалася ў Смаленскай губ. у тым-жа 1913 г. 0,81 вядра на суму 6 р. 80 к.

У даваенны час вінакурная прамысловасьць Беларусі [5]) налічвала 319 заводаў; апошнія гады па даным Белдзяржсьпірту налічваецца

---

[1]) „Против алкоголизма". Сборн. матер. 1929 г. Ленинград.
[2]) Н. Тяпугин—„Народные заблуждения и научная правда об алкоголе". Москва, 1926 г.
[3]) и [4]) Р. Влассак. Алкоголизм. 1928 г.
[5]) „Промышленность БССР". Изд. ВСНХ БССР, 1928 г.

3 сьпіртна-гарэлкавыя, 2 рэктыфікацыйныя і 58 вінакураных заводаў, з далучэньнем-жа ў 1927 годзе Гомельшчыны, БССР атрымала яшчэ 1 сьпіртна-гарэлкавы, 1 рэктыфікацыйны і 6 вінакураных—усяго 71 завод (22,6% даваеннае прамысловасьці). На ўсёй тэрыторыі былой царскай Расіі ў 1913 г. працавала 4.969 вінакураных заводаў [1]), на тэрыторыі-ж Саюзу 1.736; але ў цяперашні час па СССР налічваецца 433 заводы [2]),—г.-зн. 8,71% даваеннае прамысловасьці наогул і 24,9% прамысловасьці Саюзнай тэрыторыі.

Апошнія гады ў БССР таксама, як у СССР, наогул наглядаецца вельмі шпаркі ўзрост алькагольнае прадукцыі і побач з гэтым значнае павялічэньне спажываньня насельніцтвам сьпірытусовых напояў, галоўным чынам, гарэлкі. Паказаная ніжэй табліца Белдзяржсьпірту гаворыць аб рэалізацыі хлебнага віна за апошнія гады па БССР з данымі разьмеркаваньня яго па гарадзкіх і сельскіх мясцовасьцях.

Табліца IV-ая.

Пэрыяд часу		Рэалізацыя хлебнага віна ў вёдрах			Насельніцтва БССР па гадам	Спажываньне на 1 душу ў вёдрах
		Сярод гарадзкога насельніцтва	Сярод сельск. насельніцтва	Усяго		
1925-26 г.	1 чвэрць	38,3 т. вёдз.	16,0 т. вёдз.	54,3 т. вёдз.		
	2 „	23,1 „ „	15,8 „ „	38,9 „ „		
	3 „	25,5 „ „	23,0 „ „	48,5 „ „		
	4 „	52,9 „ „	55,5 „ „	107,4 „ „		
	Усяго за год	139,8 т. вёдз. = 54,5%	110,3 т. вёдз. = 45,5%	250,1 т. вёдз. = 100%	На 1/I-26 г. бяз Гомельшчыны 4 188.417	0,06
1926-27 г.	1 чвэрць	81.258 вёдз.	82.292 вёдз.	166.570 вёдз.		
	2 „	75.515 „	85.534 „	157.869 „		
	3 „	76.650 „	74.595 „	151.245 „		
	4 „	90.293 „	74.468 „	164.761 „		
	Усяго за год	320.716 вёдз. = 50,4%	319.709 вёдз. = 49,6%	640.425 вёдз. = 100%	На 1/I-27 г. бяз Гомельшч. 4.308.081	0,14
1827-28 г.	1 чвэрць	120.181 дэкалітр.	147.688 дэкалітр.	267.869 дэкалітр.		
	2 „	103.989	184.700	288.689		
	3 „	115.124	133.689	248.813		
	4 „	126.574	186.975	313.554		
	Усяго за год	465.873 дэкалітр. = 42,9%	653.052 дэкалітр. = 57,1%	1.118.925 дэкалітр. = 899.686 вёдз.	На 1/I-28 г. з Гомельшчынай 5.087.970	0,17

Як відаць з гэтых даных, прадукцыя і спажываньне хлебнага віна па БССР да гэтага часу з кожным годам павялічвалася: 1927-28 г. перавышае 1925-26 г. у $3^1/_2$ разы; але ўжо 1928-29 г. па пляну Цэнтрасьпірту не павінен даць перавышэньня прадукцыі ў параўнаньні з мінулым годам, што знаходзіцца ў сувязі з рашэньнем Ураду з цяперашняга бюджэтнага году спыніць рост вытворчасьці сьпірытусовых

[1]) Р. Влассак. „Алкоголизм“. 1928 г.

[2]) Э. И. Дейчман. „Алкоголизм и борьба с ним“. 1929 г. Изд. О-ва борьбы с алкоголизмом.

напояў. Разьмеркаваньне гарэлкі паміж сельскім і гарадзкім насельніцтвам на працягу мінулых 3-х гадоў зьмяняецца: у 1925-26 г. гарадзкое насельніцтва спажыла больш паловы рэалізаванага хлебнага віна—54,5%, а сельскае—45,5%, у 1926-27 г. горад выпіў нямногім больш вёскі—50,4% і 49,6%, у 1927-28 г. суадносіны наадварот: гарадзкое насельніцтва выпіла 43,5%, сельскае 56,5%. Гэта тлумачыцца дырэктывамі аб пераважным напрамку хлебнага віна на вёску, як у мэтах большай барацьбы з самагонам, гэтак і неабходнасьцю абмежаваньня прадажы гарэлкі ў гарадох і прамысловых цэнтрах, дзе спажываньне гарэлкі на 1 душу значна вышэй, чым у сельскіх мясцовасьцях. Савет Працы і Абароны СССР пры абгаварэньні праграмы выкуркі сьпірытусу на 1928-29 год у жніўні 1928 году пастанавіў у гарадох выпусьціць на продаж 17,5 мільёнаў вёдзер хлебнага віна, г. зн. на адзін мільён вёдзер менш фактычнага спажываньня гарадзкога насельніцтва СССР у 1927-28 годзе.

Спажываньне піва ў БССР.

Лічбы спажываньня хлебнага віна па БССР павінны быць папоўнены данымі аб спажываньні за апошнія гады піва. У 1912-13 годзе Беларусь у сучасных яе межах па даных Белхарчтрэсту спажывала 160.000 гэкталітраў піва, прычым рэалізацыя прадукцыі мясцовых броварных заводаў дасягала 147.799 гэкталітраў. Частка мясцовага піва вывозілася, але яшчэ больш увозілася піва Рыскіх, Смаленскіх, Віленскіх, Лідзкіх заводаў; перавышэньне ўвозу над вывазам складала 20—25 тысяч гэкталітраў у год. Пасьля дэкрэту Сав. Нар. Камісараў СССР ад 18/II 1922 г. аб легалізацыі продажу піва, Беларусь выраб і збыт свайго піва павялічыла з 1922-23 г. па 1926-27 г. амаль што ў 4½ разы. Першыя гады ўвозілася яшчэ значная колькасьць піва Ленінградзкіх і Смаленскіх заводаў, апошні-ж час спажываецца піва толькі мясцовай прадукцыі, значная-ж яго частка вывозіцца ў цэнтральныя губэрні. Броварная прамысловасьць БССР прадстаўлена 6-цю заводамі, з іх 4 дзяржаўных (Менскі, Віцебскі, Магілеўскі і Гомельскі) і 2 прыватных (Барысаўскі і Мазырскі). На тэрыторыі былой Расійскай імпэрыі ў 1913 г. было 1.016 браварскіх заводаў, цяпер-жа па ўсяму Саюзу маецца 265 заводаў—26% мінулага [1]). Прадукцыя беларускіх заводаў у 1927-28 годзе роўна 850.000 вёдзер, што складае 2,5% агульна-саюзнай—34 мільёна вёдзер у тым-жа годзе па ўсяму СССР. Даныя рэалізацыі піва па БССР за апошнія гады паказаны ў наступнай табліцы.

Табл. V-ая [2]).

Гады*	Рэалізавана піва ў вёдрах			Колькасьць насельніцтва БССР па гадам	Спажываньне піва на 1 душу ў вёдрах у год
	У БССР	За межамі БССР	Усяго		
1924-25 . . .	511.749	328.683	840.432	На 1/I-25 г. з Гомельшч. 4.725.796	0,18
1925-26 . . .	825.973	391.051	1.217.034	На 1/I-26 г. 4.844.854	0,25
1926-27 . . .	743.343	131.258	874.601	На 1/I-27 г. 4.993.240	0,17
1927-28 . . .	718.500	132.000	850.500	На 1/I-28 г. 5.087.970	0.16

[1]) Э. И. Дейчман—„Алкоголизм и борьба с ним“ 1929 г.

[2]) Лічбовыя даныя аб рэалізацыі піва па БССР прыведзены на аснове матар'ялаў Белхарчтрэсту.

Пры аналізе гэтых даных і параўнаньні іх з данымі рэалізацыі па БССР за апошнія гады хлебнага віна, мы можам адзначыць наступную цікавую зьяву: у працілегласьць хлебнаму віну, рост спажываньня якога пры гэтым значны наглядаецца за апошнія 3 гады па БССР, рэалізацыя піва і яго спажываньне на 1 душу за гэтыя-ж гады па БССР зьмяншаюцца—робіцца ўражаньне, што гарэлка выціскае піва. Гэта зьмяншэньне спажываньня піва побач з ростам спажываньня гарэлкі гаворыць з аднаго боку аб насычанасьці Беларусі півам, з другога падкрэсьлівае гарэлкавы характар алькагалізму насельніцтва. Цікава, што ў той час, як спажываньне піва на 1 душу па БССР у 1927-28 г.—0,16 вядра альбо 1 літар, у даваенныя гады яно было роўна 0,29 вядра альбо 3,7 літра; па Расіі ў мінулым спажываньне значна вышэй—6,7 літра, цяпер жа па—СССР—2,8 літра.

Паказаныя даныя спажываньня хлебнага віна і піва ня вычэрпваюць пытаньня аб абхваце спажываньня насельніцтвам Беларусі сьпірытусовых напояў; апроч іх, неабходна таксама ўлічыць колькасьць выпітага вінаграднага віна і, так званых, гарэлкавых вырабаў; аб іх мы не гаворым таму, што гэтых зьвестак у нас няма, але гэтае ня так і важна—значэньне вінаграднага віна і гарэлкавых вырабаў у алькагалізьме насельніцтва наогул невялікае.

Самагонакурэньне на Беларусі.

Найвялікшую шкоду, як народнаму здароўю, гэтак і народнай гаспадарцы робіць самагон, які выпрабляецца і спажываецца цяпер амаль што выключна сельскім насельніцтвам (удзельная-ж вага сельскага насельніцтва ў умовах як нашай рэспублікі, так і ўсяго Саюзу надзвычайна вялікая—па даным перапісу ў сьнежані месяцы 1926 году насельніцтва Беларусі, складала 4.983.240 чалавек, з гэтага ліку 847.830 чалавек прыходзілася на гарадзкое насельніцтва і 4.135.410 чалавек—на сельскае, інакш кажучы, апошняе складае 83% усяго насельніцтва ў БССР). Без падліку даных аб спажываньні самагону [1]) характарыстыка алькагалізму Беларусі будзе далёка няпоўнай. Між тым аб больш ці менш дакладным падліку спажываемага насельніцтвам самагону гаварыць ня прыходзіцца.

Вядомае ўяўленьне аб разьмерах у нас тайнага вінакурэньня за апошнія гады робіцца ўкосным шляхам на падставе даных міліцыі, якія датычаць колькасьці распачатых па самагонакурэньню спраў, затрыманых асоб, а таксама адабраных апаратаў і самагону.

Табл. VI-ая.

Гады	Распачата спраў	Спраў на 10000 насельніцтва	Затрымана асоб	Адабрана апаратаў	Адабрана самагону ў літр.	Спажываньне самагону на 1 душу у вёдрах	Спажываньне хлебнага віна на 1 душу ў вёдрах
1924 .	22.921	51	—	—	—	—	—
1925 .	21.000	50	7.723	7.738	38.345	0,08	—
1926 .	16.355	38	12 164	5.782	52.154	0,02	0,07
1927 .	21.451	43	9.820	6.532	54.334	0,02	0,14
1928 .	20.800	41	10.466	5.468	41.372	—	0,17

[1]) Па матэр'ялах НКУС БССР і ЦСУ БССР; а таксама С. Н. Слупский—„Алкоголизм в БССР". Стат. Обозрение, 1929 г. № 1. Изд. ЦСУ СССР.

Справы па тайнаму вінакурэньню, як гэта паказвае наступная табліца, распрацаваная ЦСУ БССР па даным 1927 г., падзяляюцца па асобных акругах Беларусі далёка не аднолькава—найбольшая колькасьць спраў у гэтым годзе належыць Менскай акрузе, за ёй ідзе Бабруйская, потым Віцебская, Аршанская, на апошнім мейсцы стаіць Мазырская акруга.

Табл. VII-ая.

Акругі БССР	Менская	Бабруйская	Віцебская	Аршанская	Магілеўская	Полацкая	Гомельская	Мазырская	Па ўсёй БССР
Колькасьць спраў па тайнаму вінакурэньню за год . . .	4.247	4.225	3.048	2.968	2 515	2.034	1.704	710	21.454

Пры ацэнцы гэтых даных, зусім зразумела, неабходна прыняць пад увагу залежнасьць лічбаў па гадох ад характару і напружанасьці барацьбы міліцыі з тайным вінакурэньнем як па розных акругах, гэтак і па гадох.

Больш блізкае да сапраўднасьці ўяўленьне аб разьмерах самагонакурэньня могуць даць зьвесткі аб прадукцыі самагоннай вытворчасьці, атрыманыя спэцыяльным дасьледваньнем ЦСУ БССР у 1926 г. шляхам непасрэднага допыту зьняволеных у Допры за тайнае вінакурэньне. На падставе гэтых даных у 1926 годзе на Беларусі было выкурана 1.679.433 вядры самагону альбо 33.588.670 бутэлек на суму 13.875.855 рублёў. На душу насельніцтва гэта складае 0,34 вядра альбо 6,7 бутэлек на суму 2 р. 80 кап. Прадукцыя самагону ў гэтым годзе складала 7,9% дробнай і 4,7% усяе прамысловасьці БССР у 1926 г. Даныя дасьледваньня значна перавышаюць даныя міліцыі як агулам, так і адносна спажываньня на 1 душу (0,02 і 0,34 вядра), што зусім зразумела таму, што даныя міліцыі кажуць толькі аб частцы самагону, які выпрацоўваецца ў краіне і які ўдалося выявіць. Думаць аб тым, што лічбы гэтыя павялічаны, ня прыходзіцца, хутчэй яны паменшаны супроць сапраўднасьці, за што гавораць вынікі другога дасьледваньня, зробленага ЦСУ праз сетку так званых добраахвотных карэспандэнтаў у 1928 годзе. Гэтае дасьледваньне, якім было ахоплена 122.441 індывідуальных гаспадарак, выявіла, што 86% агульнае колькасьці гаспадарак спажывае сьпірытусавыя напоі, сярдняя-ж колькасьць гаспадарак па БССР, якія займаюцца тайным вінакурэньнем,—59,7%. Значна большая частка гаспадарак—53,8% займаецца натуральным самагонакурэньнем, г. зн. гоніць самагон для сябе; нязначная частка—5,9% гоніць самагон ня толькі для сябе, але і на продаж—прамысловае самагонакурэньне. У гэтай апошняй катэгорыі гаспадарак, з агульнае колькасьці самагону, які выпрацоўвала гаспадарка, у сярэднім $^3/_4$ (18,8 вядра) ідзе на продаж, а ¼ (6,9 вядра) для сябе,—гэта гаворыць аб відавочна прамысловым характары самагонакурэньня. Даныя аб ахопленасьці тайным вінакурэньнем асобных акруг, аб спажываньні на 1 душу і агульнай колькасьці вытвараемага самагону ў 1928 годзе, відаць з наступнай табліцы (гл. табл. на стар. 42).

Распаўсюджаньне тайнага вінакурэньня па розных акругах рознае, гэтак ў Гомельскай акрузе 72,8% гаспадарак гоніць самагон, у Полацкайжа толькі 46,9% гаспадарак. Спажываньне самагону ў некаторых акругах вельмі вялікае—у Менскай акрузе за год спажыта 820.965 вёдзер, у Аршанскай—758.261, у Гомельска—612.553 вядра.

Табл. VIII-ая.

Акругі БССР	Бабруйская	Віцебская	Гомельская	Менская	Магілеўская	Мазырская	Аршанская	Полацкая	У сярэднім і ўсяго па БССР
% двароў, выраблячых самагон . .	54,0	63,8	72,8	56,9	58,0	72,2	57,5	46,9	59,7%
Колькасьць самагону ў вёдрах на чалавека за год . .	0,43	0,43	1,2	0,96	0,75	0,58	0,99	0,42	0,72
Кольк. самагону па акрузе ў вёдрах	326895	341741	612563	820965	542870	184936	758261	202863	3.791094

Агульная колькасьць самагону азначаецца вялізнаю лічбаю, якая перавышае колькасьць самагону па дасьледваню ЦСУ БССР у 1926 годзе (1.679.433 вядра) у 2 з лішкам разы—3.791.094 вядры. Спажываньне на 1 душу самагону таксама паказвае вялікія хістаньні—ад 1,2 вядра ў Гомельскай акрузе да 0,42 вядра ў Полацкай; колькасьць самагону, якая прыходзіцца на 1 чалавека ў год у сярэднім 0,72 вядра—(сярэдняе спажываньне самагону на 1 душу па РСФСР—0,76 вядра). Абедзьве лічбы спажываньня самагону на 1 душу перавышаюць даваенную норму спажываньня на 1 душу 40° гарэлкі (0,66 вядра); апошняе сьведчыць аб тым, што агульнае спажываньне алькаголю насельніцтвам як РСФСР, таксама БССР, калі прыняць пад увагу і самагон, значна павялічылася ў параўнаньні з спажываньнем у даваенныя гады.

Гэтым-жа дасьледваньнем ЦСУ устанаўліваецца той факт, што распаўсюджаньне тайнага вінакурэньня і яго інтэнсыўнасьць залежыць ад адлегласьці, на якой знаходзіцца даны пункт ад бліжэйшага месца хлебнага віна стасунак простай прапорцыі—чым гэта адлегласьць большая, тым больш інтэнсыўнае самагонакурэньне, чым яно меншае, тым і самагонакурэньне меншае. Гэты надзвычайна цікавы факт, паказаны ў наступнай табліцы, зьяўляецца сьцьвярджэньнем ролі хлебнага віна ў выніканьні самагону на вёсцы.

Табл. IX-ая.

Мейсца продажу хлебнага віна	Агульны % гаспадароў, якія гналі самагон	З і х	
		% гнаўшых для сябе	% гнаўшых для продажу
У самым сяленьні . .	54,2	49,3	4,4
У адлегл. да 5 вёрст .	58,2	52,3	5,9
У адлегл. ад 6 да 10 в.	63,1	56,4	6,7
У адлегл. звыш 10 в. .	73,0	66,1	6,9

Шкоднае дзеяньне самагону, як вядома, тлумачыцца тым, што ў ім знаходзіцца сівушнае масла, якое зьяўляецца мешанінай атрутных сьпірытусаў: галоўным чынам амілавага і ізапрапілавага; апрача сівушнага

масла, у самагоне ёсьць такія атрутныя матэрыі, як ацэтальдэгід і фурфурол; апошнія знаходзяцца і ў заводзкім яшчэ неачышчаным сьпірытусе. У той час, як амілавы сьпірытус у 5 разоў больш атрутны за этылавы (вінны) сьпірытус, фурфурол у 83 разы больш атрутны за апошні. Па дасьледваньням доктара Кізэвэттэр гігіенічнай лябараторыі праф. Хлопіна ў Ленінградзкім самагоне знаходзіцца у сярэднім 0,391% сівушнага масла і сьляды фурфуролу і ацэтальдэгіду [1]) Ня гледзячы на параўнальна малы % атрутных прымешак, самагонная гарэлка бязумоўна больш шкодная за хлебнае віно, якое ў выніку рэктыфікацыі зьяўляецца зусім чыстым ад гэтых прымешак, за выключэньнем невялікае колькасьці ацэтальдэгіду. Шкодны ўплыў самагону на здароўе тлумачыцца ня толькі тым, што ў ім знаходзіцца значная колькасьць сівушнага масла ў выніку недастатковае ачысткі пры прымітыўнасьці самагоннае вытворчасьці, але ў значнай ступені абумоўліваецца яшчэ рознымі прымешкамі, якія дадаюцца да самагону для чыстаты, смаку і большай моцнасьці і самі па сабе зьяўляюцца часта вельмі атрутнымі.

Асаблівасьці беларускага самагону.

Для больш поўнай характарыстыкі мясцовага самагону, мы пералічым тыя прымешкі, якія па паведамленьнях дабраахвотных карэспандэнтаў прымешваюцца самагоншчыкамі. Сюды належаць: хмель, палын, жытні солад, тмін, хрэн, мак, чырвоны перац, часнок, трава „дурнап'ян", лубін, дурэц (сутракаецца ў жыце), хмельная расьліна „шышок", кукаль, дубовая кара, мухамор, асінавая кара, „астраводка", піва, тутун, какаін, драўляны сьпірытус, дэнатурат, сахарына, галун, мятны парашок, медны купарос, серка, мыльны парашок, мыльны камень, курыны кал. Адзін гэты пералік красамоўна гаворыць аб дапатопным характары ў нас самагоннае вытворчасьці і тэй атрутнасьці, якую мае беларуская самагонная гарэлка.

Такім чынам алькагалізм на Беларусі ў 1927-28 г. характарызуецца наступнымі лічбамі: каля 900.000 вёдзер хлебнага віна з спажываньнем на 1 душу насельніцтва ў год 0,17 вядра, 850500 вёдзер піва—спажываньне на 1 душу 0,16 вядра і звыш $3^1/_2$ мільёнаў вёдзер самагону—0,72 вядра на 1 душу ў год.

Вывады аб вытворчасьці і спажываньні сьпірытусавых напояў па БССР.

На падставе ўсіх паказаных намі даных, можна зрабіць аб алькагалізьме на Беларусі наступныя вывады:

1. Да гэтага часу як вытворчасьць, гэтак і спажываньне на Беларусі хлебнага віна з кожным годам рэзка ўзрастае; што датычыць піва, то за апошнія 3 гады адзначаецца некаторае памяншэньне вытворчасьці яго, а таксама і спажываньня яго насельніцтвам.

2. Гарадзкое насельніцтва, ня гледзячы на тое, што яно складае толькі 17% усяго насельніцтва Беларусі, хлебнага віна і піва спажывае больш чым сельскае.

3. Алькагалізацыя сельскага насельніцтва характарызуецца галоўным чынам самагонам, які вырабляецца ў вялікай колькасьці, перавышаючай колькасьць рэалізуемага хлебнага віна прыблізна ў 4 разы.

---

[1]) А. Л. Мендельсон. „Нервно-психическая гигиена и профилактика". 1927 г.

4. Спажываньне алькаголю на 1 душу ў горадзе ніжэй даваеннага і сярэдняга спажываньня на 1 душу па СССР; што-ж датычыць сельскага насельнівтва, то норма на 1 душу, калі ўлічыць і самагон, амаль што вышэй даваеннай.

5. Хлебнае віно толькі да вядомай ступені выціскае самагон; гэта датыча мясцовасьцяй, у раёне якіх адбываецца продаж гарэлкі; у мясцовасьцях-жа больш далёкіх, самагонакурэньне ідзе вельмі інтэнсыўна.

6. Беларускі самагон дзякуючы прымешкам да яго, у шэрагу выпадкаў зьяўляецца надзвычайна атрутным.

Усе гэтыя лічбы гаворацць аб тым, што проблема барацьбы з алькагалізмам у БССР у сучасны момант зьяўляецца вельмі актуальнай, чаму трэба павесьці рашучую барацьбу з алькагалізмам, асабліва на вёсцы. Трэба разгарнуць шырокую сан-асьветную працу сярод рабочых і сялян аб усёй шкоднасьці алькаголю і самагону.

Аб прафіляктыцы шкоднасьцяй сельска-гаспадарчымі машынамі і прыладамі.

Ардынатар Г. С. Міхальчык.

З Гасьпітальнай Хірургічнай Клінікі Беларускага Дзяржаўнага У-ту
Дырэктар проф. **М. П. Сакалоўскі.**

Калі траўматызм у прамысловасьці вывучаны ў сучаснасьці ў нас досыць падрабязна, асабліва за апошнія гады, дзе выясьнена залежнасьць акрэсьленых захварэньняў і шкоднасьцяй ад спэцыфічнасьці вытворчасьці, устаноўлены прычыны яго ў кожнай галіне прамысловасьці, аж да траўматызму ў піяністаў і музыкантаў, наогул, распрацаваны і праводзяцца ў жыцьцё спосабы папярэджваньня і акрэсьленыя мэтады лячэньня,—дык у сельска-гаспадарчым траўматызьме гэтага мы, на жаль, сказаць ня можам. У параўнаньні з прамысловым траўматызмам, с.-гаспадарчы ў нас да гэтага часу мала вывучаны.

Не гаворачы ўжо аб работах па траўматызму ў дарэвалюцыйны час, дзе нельга сустрэць і спамінаньня аб траўматызьме ў сельскай гаспадарцы, мы ў вялікай колькасьці работ і дасьледваньняў траўматызму за апошнія 8—10 год толькі калі-ні-калі сустракаем спамінаньні аб гэтых відах траўмы. І толькі ў самыя апошнія гады, у сувязі з індустрыялізацыяй краіны, машынізацыяй сельскай гаспадаркі, непадрыхтаванасьцю і незнаёмствам насельніцтва з машынамі вытворчасьці і дзеля гэтага, натуральна, яшчэ большай колькасьцю траўматызму ў сельскай гаспадарцы, сталі ўсё часьцей і часьцей раздавацца галасы аб прафіляктыцы і лячэньні с.-г. траўматызму.

Так, ужо на IV Інтэрнацыянальным Кангрэсе траўматалёгіі і прафэсіянальных хваробаў у верасьні 1925 г. у Амстэрдаме проф. S. Pisenti (Італія) у сваім дакладзе „Страхаваньне ад няшчасных выпадкаў у сельскай гаспадарцы з мэдыцынскага пункту погляду“, падкрэсьліў асаблівую цяжкасьць шкоднасьцяй у сельскай гаспадарцы і асаблівыя віды інфэкцыі ран, якія, як правіла, назіраюцца ў сельска-гаспадарчых рабочых (гніласныя бактэрыі, сібірская язва, сап, стаўбняк і інш.) і якія робяць цячэньне часам нават лёгкіх шкоднасьцяй асабліва цяжкімі. За апошнія тры-чатыры гады ў СССР зьявілася ўжо два-тры артыкулы, спэцыяльна прысьвечаныя с.-г. траўматызму. Асабліва заслугоўвае ўвагі даклад д-ра Болярскага на другім Усеукраінскім Зьезьдзе хірургаў у 1927 г., дзе аўтар прыводзіць вялікія лічбы с.-г. траўмы, якія прайшлі праз амбуляторыю і стацыянар Віньніцкай Пірагоўскай б-цы, і робіць практычныя вывады і прапановы. А што гэтыя вывады і прапановы жыцьцёва неабходны, вядома з ніжэйпрыведзеных выпадкаў с.-г. траўматызму.

Новы прафіляктычны напрамак савецкай мэдыцыны вымагае, каб паднятае намі пытаньне было пастаўлена на абгаварэньне і вывучэньне асабліва настойліва. Профіляктыка-ж гэтай вялізарнай і цяжкай траўмы

амаль што зусім не праводзіцца ў нашай сельска-гаспадарчай краіне. Калі ўзяць параўнальную табліцу траўмаў за 1923 г. па г. Адэсе д-ра Б. М. Штарка з разьмеркаваньнем траўматызму па прафэсіях, дык убачым наступнае:

	Будаўнікі	Возчыкі	Шофэры	Сел.-гасп. раб.	Грузчыкі	Мэталісты	Іншыя	Усяго
Хворых	46	16	6	21	6	5	2	102
Лож.-дзён	798	211	78	602	17	50	16	1772
Сярэдні лік дзён на 1-е 8-га	17,1	13,2	3	28,7	2,8	10	8	17

З прыведзеных сямі профэсый, колькасьць хворых с.-г. рабочых стаіць на другім месцы, а сярэдні лік ложак-дзён на аднаго хворага— на першым (28,7).

Гэта паказвае на вельмі цяжкую ступень траўмы ў сельскай гаспадарцы.

Калі мы прагледзім 67 выпадкаў гэтай траўмы, прайшоўшых праз стацыянар нашай клінікі за пяць з лішкам гадоў з 1923 г., дык вынікі і ў нас будуць амаль што такія-ж, якія паказаны ў табліцы. Хоць гэтых хворых у нас і ня так ужо шмат, але гэта тлумачыцца, па-першае, тым, што да нас у стацыянар пападаюць самыя цяжкія выпадкі, профільтраваныя раённымі і акруговымі больніцамі і, па-другое, наяўнасьцю ледзь 50 ложак у хірургічным аддзяленьні, якія абслугоўваюць, галоўным чынам, сялян Менскай акругі. Усё-ж колькасьць ложак-дзён налічваецца ў нас месяцамі і стаіць на першым месцы ня толькі ў параўнаньні з іншымі відамі прамысловага траўматызму, але і ў параўнаньні амаль што з усімі выпадкамі хірургічных захварэньняў наогул.

Па гадох паступленьня ў клініку і па колькасьці ложак-дзён хворыя разьмяркоўваюцца наступным чынам: у 1923 г.,—год арганізацыі і разгортваньня працы клінікі,—прайшло толькі двое хворых і праведзена 35 ложак-дзён; у 1924 г. было 4 хворых і 67 л.-д.; у 1925 г.— 9 хворых і 183 л.-д.; у 1926 г.—17 хворых і 431 л.-д.; за шэсьць месяцаў 1927 г. было 12 хворых і 397 л.-д. (шэсьць летніх месяцаў клініка была ў рэмонце) і за 11 месяцаў 1928 г. прайшло 23 хворых з 629 л.-д.; усяго праведзена гэтымі хворымі 1742 ложкаў-дзён, што ў сярэднім складае 26 л.-д. на кожнага хворага. З гэтага простага пералічэньня паступленьняў хворых па гадах відаць, што па меры ўнядрэньня ў сельскую гаспадарку машын з году ў год колькасна расьце і траўматызм. Калі-ж прыняць пад увагу, што гэтым 67 хворых амаль што ўсе аднае Менскае акругі і, што ня меншая колькасьць хворых прайшла праз стацыянар факультэцкай хірургічнай клінікі, а таксама заявы райдактароў аб вялікай колькасьці хворых з выпадкамі с.-г. траўматызму, якія праходзяць праз амбуляторыі і стацыянары больніц на мясцох, дык убачым, што колькасьць траўмаў с.-г. машынамі і прыладамі—вялізарна.

У зьвязку з тым, што ў с.-г. вытворчасьці прыймаюць удзел асобы разнастойнага ўзросту, дык і траўме падпадаюць пагалоўна ўсе ўзросты. У нашых выпадках да 10 г. уключна падпала траўме 13% хворых; з 10 да 20 г. — 26%; з 20 да 30 г. — 24%; з 30 да 40 г. — 21%; з 40 да

50 г. уключна—10% і звыш 50 г.—6%; з іх 80% мужчын і 20% жанчын. Значыць, досыць вялікі процэнт дзяцей становяцца інвалідамі на ўсё жыцьцё, бо с.-г. траўма нашых хворых дала 50—55 проц. інваліднасьці.

75—80 проц. выпадкаў траўматызму ў нас, у Беларусі, бываюць глыбокай восеньню і ўзімку, калі поўным ходам працуюць малатарні і саломарэзкі, а 20—25 проц. траўмы падае на лета і восень і наносяцца гэтакімі прыладамі вытворчасьці, як плуг, барана, вілы, каса, серп і г. д.

Траўматызм кожнай галіны вытворчасьці, акрамя агульных рысаў, мае сваю спэцыфічнасьць, як у характары траўмы, так і ў мясцох распалажэньня яе.

У с.-г. траўматызьме спэцыфічнасьць залежыць, галоўным чынам, ад прылады, ад якой здарылася траўма, паражаюцца-ж ў пераважнасьці верхнія і ніжнія канцовасьці.

Верхнія канцовасьці нашых хворых былі паражаны ў 65%, ніжнія ў 30%, галава—3% і астатняя частка цела—у 2%, што відаць з наступнай табліцы:

	Ран мяккіх тканак пальцаў і кісьці	Пакалечана касьцей пальцаў	Пакалечана касьцей кісьці	Перал. прадпл.		Перал. пляча		Вывіхаў пляча	Раненьне стапы	Перал. голені		Перал. бядра		Раненьні галавы	Раненьні астатніх частак цела	
				Простыя	Ускл.	Простыя	Ускл.			Простыя	Ускл.	Простыя	Ускл.			
1923 г.	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1924 „	2	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	
1925 „	7	6	1	1	2	2	—	—	—	1	—	—	—	1	1	
1926 „	10	8	4	2	3	2	1	—	—	3	1	3	1	—	—	
1927 „	7	6	3	1	1	2	—	1	1	1	1	2	1	1	—	За 6 м. працы
1928 „	19	15	9	3	5	4	1	2	2	6	4	5	2	3	2	11 м.
Усяго	46	38	17	7	11	12	2	3	3	12	6	10	4	5	4	

Раны, якія наносяцца касой і сярпом, амаль што аднолькавы па характару і некалькі адрозьніваюцца па распалажэньню і вялічыні іх.

Гэта амаль што заўсёды, у сьвежых выпадках, чыстыя, глыбокія, часта з вялікім крываточаньнем, раненьні канцавін, і пры правільна і своечасова аказанай мэдыцынскай дапамозе зажыўленьне бывае першаістым нацяжэньнем, і працаздольнасьць хворага хутка аднаўляецца. Гэткія раненьні досыць часты і падаюць на летнія месяцы, месяцы ўбіраньня ўраджаю. Радзей бываюць раненьні, якія нарушаюць функцыю органа і якія патрабуюць спэцыяльнага хірургічнага лячэньня. Гэта выпадкі перарэзкі ахільлява сухажыльля альбо іншых сухажыльляў канцавін з пакалечаньнем буйных судзін.

Больш цяжкімі раненьнямі ў адносінах аслажненьняў і працяжнасьці выздараўленьня трэба прызнаць раненьні плугам, жалезнай бараной, лапатай і віламі. Тут можна сустрэнуць як лёгкія павярховыя раненьні,

так і цяжкія формы рваных ран з пакалечаньнямі касьцей і іншых органаў, якія даводзяць хворых часта да інваліднасьці і нават сьмерці. Раны гэтыя заўсёды вельмі забруднены зямлёй, і большы процант стаўбняка падае на гэтых хворых. Выпадкі даных раненьняў часьцей за ўсё бываюць пры працы на неаб'еджданых маладых і палохаючыхся конях наогул. Паражаецца-ж, галоўным чынам, малады і нават дзіцячы ўзрост, калі гэтая людзкая рабочая сіла толькі пачынае ўцягвацца ў данную вытворчасьць і мала яшчэ вопытна. Зразумела, цяжкасьць раненьня ўзмацняецца недастаткова хуткай зварочваемасьцю за аказаньнем першай дапамогі і грубым нарушэньнем правіл асептыкі пры першых мерапрыемствах, якія ўжываюцца тут-жа, на месцы здарэньня, самым пацярпеўшым альбо чужымі асобамі. Для астаноўкі цечы крыві асабліва ў полі ўжываецца ўсё, што пападаецца пад рукі; усякая бруднаяануча, аж да прыкладваньня да раны той-жа зямлі, гною, газы і павуціньня, вынікам чаго няўхільна зьяўляецца вялікі процант нагнаеньняў з усімі звычайнымі іх вынікамі: працяжкай часовай стратай працаздольнасьці, параўнальна вялікім процантам сталай яе страты і вельмі вялікімі выдаткамі.

Самымі цяжкімі і частымі траўмамі зьяўляюцца раненьні, якія наносяцца малатарнямі і саломарэзкамі. Гэтыя прылады вытворчасьці толькі ў апошнія гады сталі пранікаць у с.-г. вытворчасьць, асабліва ў нас, у Беларусі.

Па прыблізнаму падліку, да 1917 г. мелася 15—18% малатарняў і саломарэзак, у параўнаньні з колькасьцю іх у 1928 г. Рэдкая вёска да 1917 г. мела іх і то ў самага багатага селяніна раёну. За апошнія-ж 8—10 гадоў колькасьць малатарняў і саломарэзак значна павялічылася, амаль што кожная вёска мае іх па некалькі. Ёсьць некалькі тыпаў іх. Старыя, галоўным чынам, драўляныя малатарні, акрамя некаторых часьцей іх, зараз упорна выціскаюцца чыгуннымі. Маюцца малатарні, якія прыводзяць у рух трактары, маторы і інш., да якіх пры патрэбе можна далучыць і саломарэзку, але яны амаль што выключна сустракаюцца ў буйных саўгасах і калгасах. Звычайна-ж малатарні прыводзяцца ў рух коньмі, а саломарэзкі—рукамі. Усе малатарні зроблены па аднаму прынцыпу. Знадворнае калясо прыводзіцца ў рух коньмі. Калясо праз доўгі жалезны вал, распаложаны часьцей на $^1/_4$ арш. над зямлёй, і перадатачную сыстэму, круціць барабан з цэпамі. Да барабану прымацоўваецца шырокі стол, на якім падаецца жыта, авёс альбо клевер. Рабочы раўнамернымі пластамі падае ў шчыліну барабана салому, дзе яна пападае пад удары цэпаў.

Саломарэзка мае адно альбо два чыгунных калёса, паміж каторымі распаложана два, а то і чатыры шырокіх сукосных нажа. Калёсы з нажамі на вазе прымацованы да скрынкі-століку. На столік падаецца, напрыклад, салома, якая перад самымі нажамі туга прыціскаецца зубчатым круцяшчымся валам і дробна рэжацца нажамі. Калёсы лёгка прыводзяцца ў рух пры дапамозе ручак, прымацаваных паблізу іх цэнтру за адну са сьпіц.

Від і характар раненьняў залежыць ад тэй часткі малатарні альбо саломарэзкі, якая нанесла траўму.

Часьцей за ўсё падлягае траўме работнік, які падае ў саломарэзку на столік к нажам салому. Пры рэзцы прамой, ня мятай саломы, раненьні рэдкі. Амаль што заўсёды раненьні бываюць пры рэзцы мятай саломы і клевера, калі рукой трэба таўхаць яе да прыдаўліваючага валу. Пры малавопытнасьці працоўніка альбо пры сьпешцы, рука разам з саломай падае пад вал і рэжацца нажамі. Раненьні маюць від,

паказаны на мал. 1-м. На далоні і тыле кісьці яскрава відны зубчатыя ад валу раненьні мяккіх тканак і адрэзаныя нажамі пальцы. Пры хуткай астаноўцы калёс гэты від раненьня самы спрыяючы і ў далейшым дае досыць працаздольную кульцю. Калі-ж саломарэзку хутка спыніць нельга альбо няма тормазу, што бывае ў 95%, дык размажжэньне канцавін даходзіць нават да локця. Рана заўсёды вельмі брудная, з саломай, зёрнамі і абрыўкамі адзежы, у глыбіне вялізнай павярхоўвасьці яе.

Гісторыі хваробы хворых з гэтымі раненьнямі бываюць амаль што ўсе аднолькавы. Вышэйпрыведзены здымак нашага хворага Т-ва П. І., 26 г., Менскай акругі, які 14/II—28 г. падаваў на стол саломарэзкі клевер левай рукой. Разам з клеверам зуб'я вала захапілі рукавіцу з рукой і, толькі дзякуючы хуткай астаноўцы саломарэзкі, хворы аддзелаўся стратай пальцаў левай рукі. Саломарэзка чыгунная з конным прыводам, набыта пяць год таму назад. На вёсцы маюцца яшчэ саломарэзкі, нядаўна набытыя, выпадкаў раненьняў ня было. Хворы гэты ўжо другі раз папаў у саломарэзку рукой. Першы раз яму ўдалося хутка выдзернуць руку з пярчаткі, і ён аддзелаўся толькі стратай пярчаткі. Падаючы салому працаўнік досыць часта атрымоўвае ўшыбы галавы і тулава рухаючымся калясом, асабліва тады, калі ён сам-жа бярэ з зямлі клевер альбо салому і, нагінаючыся, пападае пад рухаючаеся калясо. Трэцім тыпам раненьняў саломарэзкамі падлягаюць працаўнікі, якія круцяць калясо. Рукі стамляюцца і працаўнік стараецца хутка зьмяніць іх. У гэтакія зьмены рук трапляецца,

што рука альбо пападае паміж тоўстымі сьпіцамі каляса, альбо рукаў аддзежы закручваецца на ручку альбо вінт каляса, у выніку чаго атрымоўваюцца множныя рознатыпныя пераломы верхніх канцавін. Гэта самыя частыя і тыпічныя пакалечаньні саломарэзкай, не гаворачы ўжо аб звычайных простых ушыбах.

Найбольш частай формай с.-г. траўматызму зьяўляюцца раненьні, якія наносяцца малатарняй. Сярод нашых хворых каля 75% атрымалі раненьні рознымі часткамі малатарні.

Да 14—15-цілетняга ўзросту даручаецца звычайна самая лёгкая праца, як кіраваньне конямі, першы этап адкіданьня саломы і зярна і падача снапоў на стол. Кожная з гэтых прац усё-ткі патрабуе вядомага навыку і цямлівасьці. Так, неабходна і нават вельмі важна ведаць, як паганяць коняй. Трэба ўхіляцца, напрыклад, udараў кнутом па задніх нагах коняй, пад жывот і нечаканага замахіваньня на іх, бо пры гэтых момантах коні б'юць нагамі, рвуцца ад нечаканасьці і, рухаючы таўчкамі малатарню, ламаюць паасобныя часткі яе, і ў гэтыя-ж моманты часьцей за ўсё бываюць няшчасныя выпадкі, асабліва пападаньне рук, падаючых салому ў барабан. 50% нашых дзяцей атрымалі раненьні іменна ў гэткія моманты, паганяючы коняй; альбо падкатываючыся на знаворным калясе, пападалі пад вал альбо калясо. Так, хворы Леанід, 8 гадоў, 10-X-23 г. паганяў коняй седзячы на дышле. Запутаўся кнут, ён захацеў яго распутаць і атрымаў закрыты пералом правага пляча.

Каля 4 проц. малатарных раненьняў дае знадворная большая частка вала, нічым, на жаль, ня прыкрытая. Праз гэту частку вала пераходзяць вельмі многія працуючыя пры малатарні і прыходзячыя глядзець гэтую працу, галоўным чынам, дзеці. Амаль што заўсёды раненьні гэтай часткаю малатарні прадстаўляюць з сябе множныя пераломы канцавін, пераважна ніжніх. Прывядзем гісторыю хваробы аднаго з многіх хворых данымі пакалечаньнямі.

Гр. В-ко І. М., 16 год, Заслаўскі р., Менскай акругі, паступіўшы 8/XII-27 г. Хворы напярэдадні паступленьня ў клініку адбрасываў салому ад барабана малатарні і выносіў яе на двор. Яму ўвесь час прыходзілася хадзіць праз знадворную частку вала. Салома па шляху раскідвалася і было досыць скользка па ёй хадзіць. Пераступаючы праз вал, хворы паскальзнуўся і правая нага папала пад яго. Ня усьціг ён выхапіць з-пад вала нагу, як на вал накруціліся вяроўкі лапцей і матар'ял портак, а разам пацягнула і нагу. Хворы пачаў крычаць, але малатарню застанавіць не маглі, бо хоць коняй і хутка спынілі, але малатарня па інэрцыі яшчэ некаторы час рухалася. Вынутая голень была вялізнай ранай. Быўшымі пад рукамі анучамі абярнулі нагу і адвезьлі ў вучастковы мэдпункт, дзе хвораму зрабілі адпаведную перавязку і накіравалі ў Менск. Пры абглядзе хворага знойдзена: вялізарная брудная рваная рана мяккіх тканак з абмярцьвеўшымі ласкутамі скуры пярэдняй і ўнутранай павярховасьці правай голені, ад верхняй трэці яе да ўнутранага мышчэлку. Перелом голені ў ніжняй трэці. Разрыў зьвязак голенастопнага сустава; tibia з сочленоўнай павярховасьцю яе тырчыць з раны. Крывападцёкі ў галіне калена. Закрыты перелом верхняй трэці бядра. Хворы страшэнна бледны, пульс слабы. Праляжаў ён у клініцы каля 6-ці месяцаў. Ніжняя трэць сэквэстравалася і была выдалена. Укарачэньне канцавіны на 13 снм., з вельмі абмежаванымі рухамі ў галенастопным суставе. Малатарня чыгунная і ўзята на часовае карыстаньне ў суседзяў вёскі.

2-гі выпадак: дзіця Лось Надзея 6 год, таго-ж раёну, прыйшла на ток паглядзець працу малатарні. Калі дзяўчынка пераступала праз вал, сукенка яе накруцілася на яго і пацягнула дзіцё навакол валу. У выніку аказаўся закрыты перелом верхняй трэці правага бядра, закрыты перелом ніжняй трэці левага прадплечча і закрыты перелом хірургічнай шыйкі правага пляча. Ушыб галавы з крывазьліяньнем у склеру вачэй і крывападцёкі па ўсяму твару. Малатарня ўзята на часовае карыстаньне.

Часьцей за ўсё адзежа закручваецца ў лапкаабразную муфту, якая ўзмацоўвае абодвы палавіны валу, і ў знадворную муфту, дзе яна злучана з зубчатым калясом, якое непасрэдна прыводзіцца зубчатым калясом малатарні ў рух.

Выпадак раненьня месцам злучаньня гэтых дзьвух калёс. Хлопчык 8 год, Клімав. р., захапіўся працэсам раздаўліваньня саломінак, якія падстаўляюцца паміж калёсамі; нахіліўшыся ўзяць саломінку, ён не заўважыў як яго шапка трапіла паміж гэтымі калёсамі. У яго былі даўгія валасы і разам з шапкай сталі закручвацца і валасы; у выніку чаго атрымалася скальпіраваньне $^2/_3$ валасістай часткі галавы.

Радзей раненьні бываюць калёсамі і перадатачнай сыстэмай, якая знаходзіцца ў памяшканьні, якая рухае барабан з цэпамі. Гэта тлумачыцца тым, што гэтая частка малатарні часьцей бывае адгароджана і траўма здараецца толькі пры надзяваньні рэмня перадачы ў час руху малатарні альбо падгонкі часткі вінта альбо калеса пры руху-ж.

Пасьля валу, па частасьці траўмаў і іх сіле, стаяць раненьні, якія наносяцца цэпамі малатарні. Тут таксама, як і ў саламарэзцы, траўмы

наносяцца амаль што заўсёды пры малацьбе памятага жыта, альбо клевера і аўса, калі рукі амаль што датыкаюцца да цэпаў. Знадворны выгляд раненьняў гэтай часткаю малатарні вельмі напамінае раны ад разарваўшыхся гранат. Звычайна кісьць, а часта прадплечча прадстаўляюць бязформенную масу з абмярцьвеўшымі ласкутамі мяккіх тканак. Пальцы часьцей вырваны і кісьць раздроблена; сухажыльлі абнажаны, выцягнуты, распластаны і разарваны; сасуды раздаўлены. З вялікай раны тырчаць асколкі касьцей. Раны заўсёды вельмі брудныя, з кускамі адзежы ў іх, з масай зёрнаў жыта, аўса альбо з саломай. Амаль што ўсе гэтыя раненьні канчаюцца ампутацыяй у галіне прадплечча, а часам і пляча. Так, хворая А. П. 32 г., Астрашыцкі-Гарадок. раён, 28/XI-28 г. падавала ў цапы малатарні памянёнае жыта і разам з пучком саломы ў барабан папала правая кісьць. Уся кісьць рукі і ніжняя трэць прадплечча прадстаўлямі бязформенную масу, з тырчашчымі асколкамі касьцей. Рукавіца разарвана ў дробныя кавалкі і расьсеяна па ўсёй ране, асабліва ў глыбіні яе мяккіх тканей. Малатарня чыгунная, набыта чатыры гады таму назад.

Знаёмячыся са спосабамі папярэджваньня вышэйпамянёных раненьняў, прыходзіцца вельмі дзівіцца, што гэтыя мерапрыемствы, часам вельмі простыя, да гэтага часу зусім не праводзяцца ў жыцьцё. Тут абвінавачваць можна, бадай, два бакі: па-першае, саміх працаўнікоў сялян за консэрватызм, але больш за ўсё заводы, якія выпускаюць с.-г. прылады. Бо калі ўзяць гэткую частку малатарні, як вал, які дае самы вялікі процант раненьняў, і прыкрыць яго гэткім прымітыўным спосабам як трома зьбітымі дошкамі ў выглядзе гробіка, дык гэтых раненьняў амаль што ня будзе. З гэтым згодны ўсе, хто падпаў гэтай траўме, і дзівіцца, як гэта заводы выпускаюць машыны бяз гэтых простых, верхніх прыкрыцьцяў. Калі селяніну, толькі-толькі пачынаючаму як трэба знаёміцца з гэтымі прыладамі вытворчасьці і ня ўмеючаму часам нават з імі зварочвацца, цяжка сваячасова прыняць адпаведныя меры папярэджваньня, дык заводу, яго тэхнічнаму пэрсоналу неабходна заняцца і грунтоўна заняцца пытаньнямі папярэджаньня траўматызму с.-г. машынамі і прыладамі вытворчасьці.

Бязумоўна, тут неабходны шчыльны кантакт паміж доктарскай масай і гаспадарчымі органамі, як гэта ўжо дасягнута ў прамысловасьці, на фабрыках і заводах.

Ды і ў іншых частках малатарні і саламарэзкі, з нашага пункту погляду, меры папярэджваньня досыць простыя. Запраўды, даволі ўсе гэтыя часткі машыны пакрыць хоць-бы з дошчак скалочанымі пакрышкамі і процант траўмы вялізарна падзе. Мне прыходзілася мець справу з селянінам, у якога малатарня была 20 год і за гэты час ня было ніводнага выпадку траўмы, за выключэньнем нязначных і вельмі рэдкіх простых ушыбаў, ня гледзячы на тое, што машынай карысталася як яго вёска, так нават і суседнія сяленьні. У яго ўсе рухомыя часткі машыны былі прыкрыты дашчатымі футлярамі, як у малатарні, так і ў саломарэзцы. Цяжэй ужываць што-небудзь для падачы ў барабан малатарні і пад вал саломарэзкі мятай саломы альбо клевера. Тут, бадай, можна было-б мець пры кожнай малатарні і саломарэзцы кароткія вілы ў выглядзе сярпа і трымаць іх пры падачы выпукласьцю ўверх. Некаторыя працаўнікі для гэтай мэты бяруць звычайны венік, але вельмі часта і венік пападае ў цэпы. Кароткія-ж чэрпавідныя вілы ў поўнай меры замянілі-б пальцы рук пры падсоўваньні ў барабан і вал мятай саломы і клевера. Малацьба жыта і аўса пры цэльнай, ня мятай і досыць доўгай саломе амаль што бясьпечна, бо рукі на вялікай адлегласьці знаходзяцца ад барабана

малатарні і вала саломарэзкі. Акрамя таго, кожная малатарня і саломарэзка павінны мець тормаз для хуткай астаноўкі. Некаторыя саломарэзкі, праўда, вельмі рэдкіх заводаў, маюць ужо гэткія тормазы, і ад гэтых саломарэзак ступень раненьня далёка лягчэйшая, бо машына ў момант астанаўліваецца пры раптоўных няшчасных выпадках. Такіх мер папярэджваньня прымяніць да плуга, бараны і інш. больш дробных прыладаў вытворчасьці немагчыма. Тут, як і наогул ва ўсёй с.-г. прамысловасьці, пры рабоце з машынамі неабходна аберагчы раньнюю дзіцячую працу і арганізаваць у кожнай вёсцы пункты першай дапамогі, хаця-бы на час сэзонных і ўзмоцненых работ, нават з актыву самаго насельніцтва. Школа альбо хата-чытальня кожнай вёскі павінны быць перадатачным пунктам на шляху да мэдычнага вучастку. Праводзіць у кожнай вёсцы, хаця-б два разы ў год, лекцыі падачы першай дапамогі раненаму, бо мала-мальскі правільна пададзеная першая дапамога зьяўляецца часам ратункам для хворага пры яго далейшым лячэньні.

Пры лячэньні-ж гэтай катэгорыі хворых патрабуюцца самыя акуратныя адносіны. Мэдычныя вучасткі павінны быць абавязкова забясьпечаны ўсім неабходным для падачы першай дапамогі. У гэтых адносінах іх неабходна арганізаваць па тыпу пярвічных перавязачных пунктаў вайсковага часу. Яны павінны абавязкова мець хоць-бы ў невялікай колькасьці пінцэты-кроваспыніцелі, жгуты і інш. прадметы, неабходныя для астаноўкі цечы крыві і аказаньня адпаведнай пры даных раненьнях дапамогі.

На далёкія, адлеглыя ад райбольніц вучасткі асабліва павінна быць зьвернута ўвага. Бо, як было спамянута, дапамога, правільна пададзеная, асабліва вучастковым доктарам, часта рашае вынік захварэньня. Раны тут па магчымасьці павінны ачышчацца ад амярцьвеўшых ласкутоў, саломы, зёрнаў і кавалкаў адзежы. Цеча крыві павінна быць спынена, сасуды перавязаны. Пры ўсіх гэтых раненьнях абавязкова павінна быць зараз-жа ўспырснута супроцьстаўбнячная сыраватка. Райбольніца ўжо павінна канчаткова прывесьці рану ў належны від і выправіць упушчэньні мэдвучастку, правесьці ампутацыю канцавіны пры яе разможжаньні. Адкрытыя пераломы павінны, па магчымасьці, закрывацца швом. Пераломныя канцавіны павінны фіксавацца ў правільным палажэньні гіпсавай павязкай, ці крахмальнай, альбо, дзе гэта неабходна, павінна быць накладзена выцяжэньне канцавіны. Наогул, пры гэтых відах раненьняў неабходна кіравацца асноўнымі хірургічнымі палажэньнямі. Мерапрыемстваў, якія неабходна праводзіць пры кожным з гэтых відаў раненьняў, усіх паказаньняў і супроцьпаказаньняў для іх ужываньня, больш дасканальнай характэрыстыкі кожнага з гэтых відаў раненьняў, пераломаў, відаў інфэкцый ран і наогул клінічнага боку пытаньня, мы тут не закранаем. Гэты бок, чыста клінічны, знаходзіцца ў стадыі вывучэньня ў нашай клініцы і будзе ў свой час высьветлены.

Пры арганізацыі працы на мясцох, як вышэй спамянута, ня будуць у цэнтральныя і нават у акруговыя больніцы паступаць хворыя, з якімі ў большай колькасьці выпадкаў і ў поўнай меры можа ўправіцца райбольніца.

Тут неабходна застанавіцца на пытаньнях т. зв. „малай хірургіі“. Гэтаму пытаньню, на жаль, часта ўдзяляецца недастатковая ўвага на мэдыцынскіх факультэтах, што таксама было адзначана IV Кангрэсам Траўматалёгіі. Студэнты часьцей цікавяцца віртуознасьцю пастаноўкі дыагназаў, грамоздкімі поластнымі апэрацыямі, з якімі, быць можа, ім ня прыдзецца сустракацца ў першыя 5—6 год іх працы на вёсцы.

А гэтыя першыя годы працы маладога доктара асабліва праходзяць у муках практычнага прымяненьня іх тэорэтычных ведаў. Амбулаторныя хірургічныя прыёмы досыць неахвотна наведваюцца студэнтамі, а перавязачныя асабліва пугаюць іх часта досыць няпрыемнай смуроднасьцю ран. Дзяжурствы ў больніцах, падача першай хуткай, асабліва хірургічнай дапамогі, мала знаёма нашаму студэнцтву. Гэтым-то, бадай і тлумачыцца страчанасьць толькі што скончыўшага маладога доктара перад самымі нязначнымі выпадкамі раненьняў. Дзеля гэтага, узмацніўшы заняткі са студэнцтвам па „малай хірургіі“ наогул, адначасова неабходна зьвярнуць увагу на падрыхтоўку кваліфікаваных хірургаў для вёскі. Бо хірургічная дапамога даволі наладжана ў буйных гарадох і зусім кепска на вёсцы. Калі дасьледваньне на Украіне паказала, што на 220—225 тыс. сельскага насельніцтва маецца толькі адзін хірург, дык у Беларусі яшчэ горш абстаіць гэтая справа; у гэты час за мяжой на 10 тыс. вясковага насельніцтва маецца 13 хірургаў у Амэрыцы, 10—у Англіі і 6—у Нямеччыне.

З усяго вышэйпаданага можна зрабіць наступныя вывады:

1) Траўматызм у сельскай гаспадарцы, па меры ўнядрэньня с.-г. машын і прыладаў, з кожным годам вялізарна павялічваецца.

2) Спосабаў папярэджваньня, часам вельмі прымітыўных і танных, зусім няма.

Дзеля гэтага трэба:

3) Зьвярнуць узмоцненую ўвагу гаспадарчых плянуючых органаў на выраб і правядзеньне ў жыцьцё забясьпечваючых мерапрыемстваў пры выпуску з фабрык і заводаў с.-г. прыладаў.

4) Шляхам гутарак аграномаў і тэхнікаў знаёміць сялянства, як абараніць сябе ад траўмаў і якія меры забесьпячэньня неабходны.

5) Абараніць раньняе прымяненьне дзіцячае працы пры работах машын.

6) Арганізаваць у кожнай вёсцы пункты першай дапамогі з актывістых, самых сялян.

7) Праводзіць гутаркі ў кожнай вёсцы па аказаньню першай дапамогі перад сэзонамі работ.

8) Наладзіць належную хуткую дапамогу на мэдвучастках, забясьпечыўшы іх неабходнымі для гэтага інструмэнтамі.

9) Забясьпечыць мэдпункты і райбольніцы супроцьстаўбнячнай сыраваткай і пры ўсіх відах гэтых раненьняў абавязкова ўводзіць яе раненаму.

10) Кваліфікаваная хірургічная дапамога ў поўнай меры наладжана ў гарадох Беларусі і зусім кепска на вёсцы. Узмацніць райбольніцы хірургамі.

11) Райбольніца павінна быць пунктам аказаньня кваліфікаванай доктарскай дапамогі.

12) На вывучэньне с.-г. траўматызму зьвярнуць увагу як дактароў сяла, таксама грамадзкіх арганізацый; тады, пры правядзеньні ў жыцьцё забясьпечваючых мерапрыемстваў і культурнага абслугоўваньня насельніцтва, процант траўматызму будзе не расьці з году ў год, а рэзка падаць.

Сьмяротнасьць агульная і ад сухотаў у б. Слуцкай акрузе за годы 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926.

С. І. Ратнер.
Заг. Слуцкім сухотным дыспансэрам.

(Канец).

Пяройдзем да другой групы хвароб—захворваньняў лёгкіх. Наколькі тут можна даверыцца лічбам? Перад намі дзьве графы: сухоты лёгкіх і запаленьне лёгкіх. Для правільнай ацэнкі лічбаў сьмяротнасьці ад гэтых хвароб трэба ўспомніць, што дакладная дыагностыка ў б. Слуцкай акрузе як была, так і застаецца недасканалай. Бактэрыоскапія харкавіньня па раёнах зусім не рабілася. У Слуцку бактэрыолёгічная лябараторыя існуе гадоў 4 з вялікімі перапынкамі, а Слуцкі сухотны дыспансэр, хоць і абслугоўвае раёны, але сыстэматычныя пагалоўныя дасьледваньні харкавіньня сярод сваіх хворых пачаў рабіць у сваёй лябараторыі толькі з 1/V 1926 г. Ясна, што дыагноз ставіўся раней у большасьці выпадкаў на падставе лячэньня хваробы. Але асноўныя адзнакі сухотаў: кашаль, харкавіньне, пахуданьне, жар, болі ў грудзёх, страта апэтыту, часам крывахарканьне, так просты і так выступаюць на сцэну, асабліва ў канчатковых стадыях перад сьмерцьцю, што насельніцтва магло больш-менш правільна судзіць, што маецца іменна захворваньне лёгкіх, а не жывата, напрыклад, або другога воргана. А калі запісана—памёр ад сухотаў,—дык я лічу, што гэта ў масе адпавядае сапраўднасьці, тым больш, што звычайна, у сувязі з большай ці меншай працяжнасьцю хваробы, гэткія хворыя, трэба думаць, хоць раз ды паказваліся доктару. Сумненьні толькі могуць быць у тым, што ня ўсе выпадкі сьмярцей ад сухотаў зарэгістраваны, як сухотныя. З аднаго боку, сялянскае насельніцтва, як сухотны дыспансэр гэта выявіў пры дасьледваньні, часта скрывае ісьціну, баючыся агалашэньня, што ў іх сям'і маюцца сухоты, так як гэта роўназначна іх астракізму з грамады: іх не запрашаюць на вечарынкі, не бяруць замуж і інш.; асабліва скрываюць гэта, калі справа датычыцца дзяўчат. Пры абсьледваньні вёсак сухотны дыспансэр ускрыў, што хворыя сяляне часта лечацца пад чужымі прозьвішчамі. З другога боку, шмат выпадкаў сухотаў лёгкіх зарэгістраваны, як запаленьні лёгкіх. Справа ў тым, што лячэньне тбк сярод сялян досыць цяжкае, і мы сярод іх часта наглядаем формы казэозных пнэймоній, у паасобныя моманты настолькі падобных на крупозную пнэймонію (t. continua, бранхіальнае дыханьне і інш.) што, як я меў магчымасьць пераканацца, нават гарадзкія дактары часта блытаюцца, і толькі паўторныя нагляданьні і дасьледваньні харкавіньня паказваюць ісьціну. На раёне-ж хворыя паказваюцца доктару ня часта і дзеля гэтага яны часта паміраюць пад дыагнозамі, пастаўленымі доктарам пры неаднакратным даведваньні хворага (без дасьледваньня харкавіньня).

Наогул трэба сказаць, што лічбы запісаў, якія датычацца сьмяротнасьці ад сухотаў і запаленьня лёгкіх, адносна правільны, але шмат

выпадкаў запаленьня лёгкіх павінны быць аднесены да выпадкаў тбк казэозных пнэймоній. Трэба яшчэ ўспомніць, што ў 1925 і 1926 г. г. частка сьмярцей ад тбк захавалася ў графе: „невядомы дыагноз“. На падставе вышэйпаказанага лічбы сьмяротнасьці ад тбк, якія маюцца ў табліцы № 3, трэба лічыць паменшанымі, асабліва за 1925 і 1926 г. г., і іх трэба павысіць за лік тых выпадкаў, якія насельніцтва скрыла, за рахунак выпадкаў, аднесеных да запаленьня лёгкіх і за рахунак групы „невядомых дыагназаў“. Пры разглядзе сьмяротнасьці ад тбк мы гэта павінны мець на ўвазе і дзеля гэтага будзем разглядаць паралельна сухоты лёгкіх і запаленьне лёгкіх. Якія-ж гэта лічбы? Аб гэтым гаворыць табліца № 16.

ТАБЛІЦА № 16.

Сьмяротнасьць ад сухотаў лёгкіх і запаленьня лёгкіх.
На 100 сьмярцей ад усіх прычын памірала ад:

	1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.	Сярэд. за 5 г.
Сухотаў лёгкіх	11,31	10,92	10,0	7,90	7,34	9,49
Катар „	—	—	—	0,04	0,38	0,08
Запаленьня „	12,20	14,02	16,30	15,01	12,14	13,93
Усяго памерла ад захварэньняў лёгкіх .	23,51	24,94	26,30	22,95	19,86	23,50

З гэтай табліцы мы бачым, што сьмяротнасьць ад тбк лёгкіх дае 10—11% усёй сьмяротнасьці, а ад запаленьня лёгкіх каля 12—16%; разам сьмяротнасьць ад лёгачных захворваньняў складае ¼—1/5 усёй сьмяротнасьці і за ўсе гады амаль што аднолькава. Нібы-та зьмяншэньне сьмяротнасьці ад лёгачных захворваньняў наогул і ад сухотаў ў прыватнасьці ў 1925 і 1926 г. можна тлумачыць наліччам у гэтыя гады значнага ліку групы невядомых дыагнозаў, дзе бязумоўна скрылася ад рэгістрацыі і частка лёгачных хворых. Другое, што кідаецца ў вочы, гэта тое, што запаленьне лёгкіх дае больш сьмяротнасьці, чым сухоты лёгкіх; гэты цікавы момант адзначаецца ня толькі ў нас, у сельска-гаспадарчай акрузе, гэта адзначае і Б. Я. Смулевіч па гарадох і мястэчках БССР [1]). Частка сьмярцей ад запаленьня лёгкіх, як я вышэй гаварыў, трэба лічыць сухотнага пахаджэньня, але значная частка сапраўды крупознага характару.

Дзеля гэтага барацьба з запаленьнем лёгкіх у нашых умовах заслугоўвае большай увагі, чым тая, якой яна карыстаецца да гэтага часу. Высьветлім цяпер сьмяротнасьць ад сухотаў усіх формаў у проц. да агульнай сьмяротнасьці. Аб гэтым гаворыць табліца № 17.

ТАБЛІЦА № 17.

Сьмяротнасьць ад тбк лёгкіх і тбк усіх форм у проц. да ўсёй сьмяротнасьці.

Гады	Усяго памерла ад усіх прычын	Тбк лёгкіх		Тбк усіх форм	
		Бязумоўныя лічбы	% да агульнай сьмяротнасьці	Бязумоўныя лічбы	% да агульнай сьмяротнасьці
1912	5283	597	11,31	688	13,02
1913	5514	602	10,92	658	11,93
1914	5990	599	10,00	689	11,52
1925	6808	538	7,90	652	9,58
1926	5572	409	7,36	511	9,17

[1]) Op. cit. стар. 180—181, 163—164.

Як бачым, сухоты ўсіх форм прыблізна на 2% да ўсёй сьмяротнасьці вышэй сухотаў лёгкіх і хістаюцца паміж 11 і 13% усёй сьмяротнасьці. Хоць на табліцы № 17 за годы 1925 і 1926 адзначаецца паменшаньне сьмяротнасьці і ад тбк усіх форм, але і тут трэба ўспомніць пра групу невядомых дыагназоў у 1925 і 1926 г. г., якая магла даць гэта відзімае зьніжэньне сьмяротнасьці. Ці здарылася гэта паменшэньне сапраўды, пабачым з далейшага разгляду. Што датычыцца інтэнсыўных паказальнікаў, г. зн. пытаньня, колькі сьмярцей прыходзіцца на 10.000 насельніцтва, як ад усіх прычын, так і ад сухотаў, у прыватнасьці, дык аб гэтым гавораць табліцы №№ 18, 19 і 20.

ТАБЛІЦА № 18.

Агульная сьмяротнасьць ад усіх прычын у б. Слуцкай акрузе у бязумоўных лічбах і на 10000 насельніцтва.

Гады	Лік жыхароў	Лік памёршых у бязумоўных лічбах	Лік памёршых на 10.000 насельніцтва	Увага
1912	331.113	5283	159	Разьлік вядзецца на 10.000, лічачы, што колькасьць насельніцтва па гадам была:
1913	336.051	5514	164	
1914	336.051	5990	178	у 1912 г. — 331.113; у 1925 г. — 303.409
1925	303.409	6808	224	„ 1913 г. — 336.051; „ 1926 г. — 309.477
1926	309.477	5572	180	„ 1914 г. — 336.051

Тлумачэньне. Па памятным кніжкам б. Менск губ., выд. Менск. губ. статыстычнага камітэту у б. Слуцкім павеце ў 1912 і 1913 г. г. было насельніцтва:

	Гады	г. Слуцак	Слуцкі павет, акрамя Слуцку	Усяго ў Слуцкім павеце
	1912	16.373	314.740	331.113
	1913	16.464	319.587	336.051
Колькасьць насельніцтва за 1926 г. па даведцы, атрыманай ад ЦСК, адзначана згодна перапісу лічылася . .	1914	16.464	319.587	336.051
	1925	15.382	287.935	303.409
	1926	15.690	293.694	309.477

Дзеля таго, што за 1914 год зьвестак ня было ні ў нас, ні ў ЦСУ ў Менску, куды я даведаўся, дык прыходзілася вылічваць: так як натуральны прырост насельніцтва ў б. Слуцкай акрузе роўны 2 проц., дык у параўнаньні з 1913 г. прырост павінен быў быць роўны 6721 чал. Але так як у гэтым годзе быў адліў па мабілізацыі і так як лічба 6721 чал. роўна прыблізна колькасьці 2-х прызыўных узростаў, дык колькасьць насельніцтва ў 1914 г., трэба думаць, ня многім адрозьніваецца ад 1913 г.—гэта значыцца роўна 336.051.

За 1925 год зьвестак мы не атрымалі, але, лічачы натуральны рост ў 2 проц., а мэханічны рух мізэрным, атрымліваем паказаную ў табліцы лічбу.

ТАБЛІЦА № 19.

Сьмяротнасьць ад сухотаў лёгкіх і ТВС усіх форм (у бязумоўных лічбах на 10.000 насельніцтва).

Годы	Лік жыхароў	Бязумоўныя лічбы памершых		На 10.000 насельніцтва памёрла	
		Ад ТВС лёгкіх	Ад ТВС усіх форм	Ад ТВС лёгкіх	Ад ТВС усіх форм
1912	331113	597	688	18,06	20,78
1913	336051	602	658	17,91	19,55
1914	336051	699	689	17,83	20.50
1925	303409	538	652	17,73	21,49
1926	309477	409	511	13,21	16,51

УВАГА. У графу ТВС усіх форм увайшлі: ТВС лёгкіх, катар лёгкіх, ТВС залозаў, касьцей, мозгу, кішак, горла.

Як складаецца сума сухотаў усіх форм? Аб гэтым дакладней гаворыць табліца № 18.

ТАБЛІЦА № 20.

Сьмяротнасьць ад сухотаў усіх форм у б. Слуцкай акрузе ў бязумоўных лічбах па паасобным відам:

Віды захворваньняў	1912	1913	1914	1925	1926
Сухоты лёгкіх . . .	597	602	599	538	409
Катар	—	—	—	3	21
ТВС залозаў . . .	—	—	—	—	1
„ касьцей . . .	—	—	3	6	—
„ мозгу (запал. мозгу)	91	56	80	101	80
„ кішок	—	—	—	1	—
„ горла	—	—	7	3	—

Інтэнсыўны паказальнік для запаленьня лёгкіх мы бачым з табліцы № 21.

Табліца № 21.

Сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх у абсалютных лічбах і на 10.000 чал.

Годы	Колькасьць жыхароў	Абсалют. лічбы	На 10.000 насельніцтва	У сярэднім за 5 год
1912	331.113	649	19,6	
1913	336.051	773	23,0	
1914	336.051	975	29,0	25,4
1925	303.409	1022	33,7	
1926	309.477	677	21,9	

Як бачым, інтэнсыўны паказальнік сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх значна больш такога-ж паказальніка сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх і нават тбк усіх форм: у той час, як гэты паказальнік для ТВС лёгкіх хістаецца паміж 17 і 18, для ТВС усіх форм паміж 20 і 21, гэты паказальнік для запаленьня лёгкіх хістаецца паміж 19 і 33. Часьць запаленьняў лёгкіх, як я гаварыў вышэй, трэба аднесьці за лік няправільна дыагнастыраванага ТВС, але ўсё-ж само па сабе запаленьне лёгкіх дае гэткую вялізную сьмяротнасьць, што на гэта трэба зьвярнуць значна больш увагі, чым дагэтуль.

Па Смулевічу запаленьне лёгкіх у гарадох і мястэчках БССР дае за 4 годы (1922, 1923, 1924 і 1925) у сярэднім [1]) 13,4 проц. усіх прычын сьмерці, што вышэй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у Ленінградзе і гарадох Украіны.

Па вышэй прыведзенай табліцы № 16 сярэдняя сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх у быўшай Слуцкай акрузе за 5 гадоў (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926) складае 13,83 проц. усёй сьмяротнасьці. Значыцца проц. сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у б. Слуцкай акрузе роўны гэткаму-ж у гарадох і мястэчках БССР і гэтак-жа, як і тут, вышэй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у Ленінградзе і гарадох Украіны. Сярэдні інтэнсыўны паказальнік сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у б. Слуцкай акрузе за памянёныя 5 год складае 25,4 на 10.000 насельніцтва (гл. табл. № 21). Гэты-ж паказальнік па гарадох і мястэчках БССР за памянёныя 4 гады 24,7, а ў Ленінградзе за гэтыя 4 гады 20,5. Значыцца інтэнсыўны паказальнік сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх вышэй гэткага ў мястэчках і гарадох БССР чым у Ленінградзе. Наглядна бачым гэта з наступнай табліцы:

ТАБЛІЦА № 22.

Параўнаньне сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у б. Слуцкай акрузе і другіх мясцох.

Прычына сьмерці	МЕСЦА	Сярэдні % памершых ад запаленьня лёгкіх, у адносінах да ўсіх памерш.	На 10.000 насельніцтва памерла ад запаленьня лёгкіх
Запаленьне лёгкіх	б. Слуцкі павет, а потым акруга за 1912, 1913, 1914. 1925 і 1926 (за 5 год)	13,83	25,4
	Гарады і мястэчкі БССР за 1922, 1923, 1924 і 1925 г. г. (за 4 гады)	13,4 [1])	24.7
	Гарады УССР за 1923 і 1924 г. г. (2 гады)	11.4 [1])	
	Ленінград за 1922, 1923, 1924 і 1925 г. г. (за 4 г.)		20.5

Розьніцы ў сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх у б Слуцкай акрузе паміж даваеннымі і пасьляваеннымі гадамі амаль-што няма, за выключэньнем 1925 г., які даў рэзкае падвышэньне, што часткова можна тлумачыць эпідэміяй водры ў гэтым годзе.

Запаленьне лёгкіх у нашых умовах, у сацыяльным сэнсе вымагае гэткага-ж вывучэньня, як і праблема барацьбы з сухотамі. Каб некалькі больш разабрацца ў гэтым пытаньні, паглядзім, як разьмяркоўваецца запаленьне лёгкіх па ўзросту і стану і параўнаем з гэтакім-жа разьмеркаваньнем сьмяротнасьці ад сухотаў лёгкіх. Разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх па ўзросту і стану відна з наступнай табліцы.

[1]) Смулевіч, стар. 164. Сярэдні коэфіцыент я вывеў сам на падставе прыведзеных Смулевічам лічбаў па гадох.

ТАБЛІЦА № 23.

Сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх па ўзросту і роду.

	Усяго памерла ад запаленьня лёгкіх	Да 1 года		1—3		4—7		8—14		15—16		17—19		20—29		30—39		40—49		50—59		60 і вышэй	
		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1912 год	649	43	72	91	102	43	44	11	7	5	6	6	4	9	16	13	11	30	33	30	47	45	54
У % да ўсёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх		6,62	11,09	14,02	15,71	6,62	6,78	1,62	1,08	0,77	0,92	0,92	0,62	1,39	2,46	2,0	6,78	4,62	5,07	4,62	7,24	6,90	8,32
1913 год	773	77	65	127	103	17	25	9	9	7	5	9	6	7	10	8	7	8	14	59	89	62	54
У % да ўсёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх		9,96	8,41	16,14	13,32	2,2	3,23	1,16	1,16	0,9	0,65	1,16	0,77	0,9	1,29	1,03	0,9	1,03	1,8	7,63	11,51	8,02	6,98
1925 год	1022	157	151	180	165	26	31	12	18	2	11	6	6	15	10	11	16	26	27	34	48	38	32
У % да ўсёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх		15,37	14,77	17,61	16,14	2,54	3,03	1,17	1,76	0,19	1,08	0,59	0,59	1,47	0,98	1,08	1,56	2,54	2,64	3,33	4,69	3,71	3,13
1926 год	677	112	83	99	105	16	18	5	12	2	5	3	9	10	16	8	18	17	27	19	22	37	34
У % да ўсёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх		16,54	12,26	14,62	15,51	2,54	2,66	0,74	1,77	0,29	0,74	0,44	1,33	1,48	2,54	1,18	2,06	2,51	3,99	2,81	3,25	5,46	5,02

ТАБЛІЦА № 24

Памершыя ад сухотаў за 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г. г. па ўзросту і роду.

Гады	Усяго памерла ад tbc лёгкіх	Да 1 году			1—3			4—7			8—14			15—16			17—19		
		м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго
1912 у б. Слуцкім павеце . .	597	10	6	16	24	20	44	26	21	47	11	16	27	19	38	57	11	13	24
1913 у б. Слуцкім павеце . .	602	18	17	35	29	37	66	10	17	27	8	7	15	17	34	51	28	34	62
1925 у б. Слуцкай акрузе . .	538	8	6	14	19	10	29	4	4	8	17	18	35	5	14	19	18	29	47
1926 у б. Слуцкай акрузе . .	409	5	4	9	9	11	20	5	2	7	7	12	19	4	12	16	9	15	24
Усяго за 4 гады . .	2146	41	33	74	81	78	159	45	44	89	43	53	96	45	98	143	66	91	157
У % да ўсёй сьмяротнасьці і ад тбк лёгкіх за 4 гады.	—	1.91	1.54	3.45	3,76	3,63	7,4	2,09	2,05	4,15	2	2,47	4.47	2,09	4,57	6,66	3.07	4,24	7.31

Гады	20—29			30—39			40—49			50—59			60 і старэй.		
	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго	м.	ж.	Усяго
1912 у б. Слуцкім павеце . .	31	46	80	45	49	94	47	48	95	30	23	53	35	25	60
1913 у б. Слуцкім павеце . .	27	36	63	23	15	38	23	25	48	37	20	57	78	62	140
1925 у б. Слуцкай акрузе . .	69	78	147	38	48	86	39	39	78	30	13	43	22	10	32
1926 у б. Слуцкай акрузе . .	53	63	116	33	38	71	30	22	52	28	22	50	14	11	25
Усяго за 4 гады . .	183	223	406	139	150	289	139	134	273	125	78	203	149	108	257
У % да ўсёй сьмяротнасьці і ад тбк лёгкіх за 4 гады.	8,53	10,39	18,92	6,48	6,99	13,47	6,48	6,24	12,72	5,83	3,63	9,46	6,94	5,03	11,97

Гэта табліца выяўляе вельмі цікавае зьявішча. Аказваецца, што ад запаленьня лёгкіх гінуць, галоўным чынам, дзеці да 3-х гадоў уключна, а іменна, на ўзрост да 3-х гадоў уключна падае: у 1912 г.—47,44%, у 1913 г.—47,83%, у 1925 г.—63,89% (павялічэньне з прычыны эпідэміі водры?), у 1926 г.—58,93%; у сярэднім за 4 годы 54,52% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх, г. зн. больш паловы падае на дзяцей да 3 год уключна. Дадзеныя за 1914 г. я ня прывожу, як за год ненармальны, але і ён дае тэй-жа малюнак. Пасьля 3-х год сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх значна падае, даючы за 3-х годку 4—7 г. (зноў такі дзеці) у 1912 г.—13,40%, у 1913 г.—5,53%, у 1925 г.—5,57% і ў 1926 г.—5,20%, у сярэднім за 4 гады 4,92% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх. Потым яна яшчэ больш памяншаецца: за сямігодку 8—14 г.: у 1912 г.—1,7%, у 1913 г.—2,32%, у 1925 г.—2,93% і ў 1926 г.—2,51% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх, і пасьля паступова яшчэ больш памяншаецца, даючы за наступныя 25 г. (15—39) ўсяго: у 1912 г.—7,40%, у 1913 г.—15,86%, у 1925 г.—7,54% і ў 1926 г.—10,66%, у сярэднім за 4 гады 10,38% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх. Пачынаючы з 40 год сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх зноў пачынае падымацца, даючы ў узросьце вышэй 60 год 8—15% усёй сьмяротнасьці. *Зьявішча гэта якраз адваротнае таму, што дае сьмяротнасьць ад сухотаў лёгкіх.* Ад апошніх, як гэта відаць з табліцы № 24, сьмяротнасьць у маладых гадох параўнаўча невялікая: на ўзрост да 3-х год уключна за тыя-ж 4 гады падае 10,85% усёй сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх, пасьля чаго, як і ад запаленьня лёгкіх, сьмяротнасьць памяншаецца, даючы ў наступную 3-х годку (4—7)—4,15% усёй сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх, *але, пачынаючы з 8 год, у працілегласьць таму, што наглядаем пры запаленьні лёгкіх (дзе працягваецца паменшаньне сьмяротнасьці), сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх пачынае моцна павышацца, даючы ва ўзросьце ад 15—39 г.—46,36% усёй сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх.* У выніку можна сказаць, што *запаленьне лёгкіх у б. Слуцкай акрузе за годы 1912, 1913, 1925, і 1926 паражае, галоўным чынам, дзяцей ад 3-х год і ў меншай ступені ўзросты ў 4—7 г. і ў 60 г. і вышэй, найменшую* сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх даваў узрост у 15—39 г. Пры сухотах лёгкіх якраз наадварот: найбольшую сьмяротнасьць даваў узрост іменна ў 15—39 г. (у сярэднім за 4 годы 46,36% усёй сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх), а дзіцячы ўзрост і інш. давалі параўнаўча меншую сьмяротнасьць.

Узьнікае пытаньне: у чым тут справа? Ці трэба разумець пад запаленьнем лёгкіх адзіную хваробу, або пад гэтым дыагнозам запісвалі паміраўшых ад шмат хвароб (у тым ліку і ад ТВС), якія даюць аслажненьні ў лёгкіх. Пытаньне—на якое я не бяруся адказаць.

Я асабіста схіляюся да думкі, што пад дыагнозам „запаленьне лёгкіх“ запісвалі выпадкі сьмяротнасьці, якія наступалі ў выніку многіх хвароб, якія даюць аслажненьні ў лёгкіх (слабасьць сардэчная ў старцаў, аслажненьнямі пасьля грыпу і інш.); але ці можна гэтым цалкам тлумачыць гэткую вялікую сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх якраз сярод дзяцей ва ўзросьце да 3-х год? Ці ня скрылася пад гэтым дыагнозам значная частка сьмярцей ад сухотаў. Гэта пытаньне патрабуе вывучэньня, але разьвязваць яго можна толькі сумеснай працай з вучастковымі дактарамі, калі-б яны ў будучым на гэты момант зьвярнулі больш увагі, і калі-б яны ў выпадках, дзе непасрэднай прычынай сьмерці зьяўляецца запаленьне лёгкіх, паказвалі-б адначасова і на асноўнае захворваньне (водра, слабасьць сэрца ў старцаў, грып) і інш.

Да ўсяго, што выказана вышэй, трэба дадаць, што частка сухотных хворых, акрамя графы „запаленьне лёгкіх“, захавалася, з прычыны

недастатковай дыагностыкі, яшчэ пад дыагнозамі „залатуха“, „плеўрыт“, „канвульсія“ і „радзімчык“, аб наяўнасьці якіх гаворыць табліца № 25 і, значыцца, прыведзеныя вышэй лічбы сьмярцей ад ТВС усіх форм трэба на справе яшчэ падвысіць.

ТАБЛІЦА № 25.

Сьмяротнасьць ад захварэньняў, дзе захована часткова сьмяротнасьць ад ТВС (у безадносных лічбах).

Віды дыагнозаў	1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
Запаленьне лёгкіх . . .	649	773	975	1021	701
Залатуха	33	38	29	10	7
Плеўрыт	—	1	1	23	12
Кіданьне і радзімчык (ТВС мазга)	176	129	167	40	50

Зварочваючыся да табліцы № 19 і зноў яе пераглядваючы, мы бачым, што ў той час, калі сьмяротнасьць ад сухотаў лёгкіх за гады 1912, 13, 14, 25 хісталася каля 17—18 на 10.000 насельніцтва, сьмяротнасьць ад ТВС усіх форм за тыя-ж гады хісталася паміж 20—21 на 10.000 насельніцтва. Сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх у 1926 г. раўнялася 13,21, а ад ТВС усіх форм 16,51 на 10.000 насельніцтва. Калі-б меркаваць на аснове гэтых лічбаў, дык трэба было-б лічыць, што ў 1926 г. мы маем ужо значныя дасягненьні ў справе барацьбы з сухотамі. Так яно і ёсьць, відаць, у сапраўднасьці, але з агаворкамі, якія я прыводзіў вышэй, а іменна, што частка сьмярцей ад ТВС схавалася ад правільнай рэгістрацыі і значыцца гэтыя лічбы некалькі ніжэй сапраўдных. Для большага доваду гэтага прывядзем табліцу № 26 сьмяротнасьці ад сухотаў за 1926 г. па раёнах і Слуцку.

ТАБЛІЦА № 26.

Сьмяротнасьць агульная і ад ТВС лёгкіх па раёнах за 1926 год.

	г. Слуцак	Слуцкі р.	Старобін. р.	Любаньск. р.	Чырв.-Слабадз. р.	Капыль. р.	Грэскі р.	Ст.-Дароскі р.	Усяго
Усяго памерла	257	1033	811	668	479	1009	695	620	5572
На 10.000 нас.	153	189	188	197	154	191	201	143	—
Агульны лік памершых ад ТВС лёгкіх	23	88	52	36	41	62	51	56	409
На 10.000 нас.	14,2	16,1	12,9	10,6	13,2	11.7	14,8	12,9	13,21
ТВС усіх форм	32	106	69	41	48	84	63	68	511
На 10.000 нас.	19,77	19,42	16,04	12,11	15,42	15.89	18,25	15.69	16,51

З гэтай табліцы відаць, што агульная сьмяротнасьць ад ТВС усіх форм і ад ТВС лёгкіх за 1926 г. у сярэднім зьніжана ў параўнаньні

з мінулымі гадамі, але гэтае зьніжэньне часткова можа быць выклікана дрэннай рэгістрацыяй на раёнах, аб якой мы гаварылі вышэй, так як па Слуцку і Слуцкаму раёну, дзе рэгістрацыя пастаўлена здавальняюча, лічбы сьмяротнасьці ад ТВС усіх форм вышэй сярэдніх лічбаў па акрузе і набліжаюцца да 1913 г. (гл. табліцу № 19). Але сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх дае сапраўды значнае зьніжэньне ў 1926 г. *У выніку разбору пытаньня мы павінны лічыць сьмяротнасьць ад тбк усіх форм для 1926 г. роўнай ня менш 19—20 на 10.000 чал. насельніцтва, а ад тбк лёгкіх па Слуцку і Слуцкаму раёну 14—16 на 10.000 насельніцтва.*

З гэтай папраўкай і трэба разглядаць табліцу № 19 і, такім чынам, як дасягненьне мы павінны адзначыць паменшаньне сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх за 1926 г. у параўнаньні з мінулымі гадамі, а іменна: у той час як за ранейшыя годы 1912, 13, 14 і 25 ад ТВС лёгкіх было ня менш 17—18 на 10.000 насельніцтва, мы ў 1926 г. па раёнах, дзе можна лічыць рэгістрацыю больш здавальняючай, маем значна меншую сьмяротнасьць: па г. Слуцку 14,2 і па Слуцкаму раёну 16,1; *гэтыя лічбы больш-менш дакладныя і іх з асьцярожнасьцю можна паставіць у плюс усёй нашай супроцьсухотнай і агульнай прафіляктычнай працы.* Па астатнім раёнам, падкрэсьліваю, згодна з табліцай № 26 маецца як быццам яшчэ большае паменшаньне, але ня трэба забываць вышэй адзначанае мной, што каля 20% усёй сьмяротнасьці 1926 г. зарэгістравана без паказаньня, ад чаго ўзьнікла сьмерць. Цяпер параўнаем сьмяротнасьць ад сухотаў у б. Слуцкай акрузе з гэткай у іншых мясцовасьцях. Правільна было-б гэта параўнаньне правесьці з падобнымі-ж с/гаспадарчымі мясцовасьцямі. На вялікі жаль, у маім распараджэньні няма гэтакіх матар'ялаў і я дзеля гэтага абмяжоўваюся прывядзеньнем роўналежнасьці паміж сьмяротнасьцю ад ТВС у б. Слуцкай акрузе і гэткай у гарадох і пасяленьнях гарадзкога тыпу.

ТАБЛІЦА № 27.

	ТВС лёгкіх	ТВС усіх форм
У б. Слуцкім павеце за 1912, 1913, 1914 г. г.	У сярэднім за 4 г. 17,9	У сярэднім за 4 г. 20.5
У б. Слуцкай акрузе за 1925 г.[1])	(гл. табл. 19)	
У гарадох і мястэчках БССР за 1922, 23, 24 і 25 г.[2])	—	У сярэднім за 4 г. 25,5
У 23-х гарадох УССР за 1923 і 24 г.[3])	У сярэд. за 2 г. 18,3	У сярэднім за 2 г. 21,6
У Харкаве за 1923, 24 і 25 г.[2])	—	У сярэднім за 3 г. 16,3
У Кіеве за 1923, 24 і 25 г.[2])	--	У сярэднім за 3 г. 25,6

[1]) У сувязі з маючымся ў 1926 г. вялікім лікам невядомых дыагнозаў (20% усёй сьмяротнасьці) і магчымасьці недакладных вывадаў я за гэты год параўнаньня не прывяжу.

[2]) Смулевіч, стар. 162, сярэдняе я вывеў сам на падставе прывадзімых ім лічбаў.

[3]) Марозаўская спроба вывучэньня сьмяротнасьці ад тбк у гарадох Украіны за 1923—26 г.: „Вопросы туберкулеза № 2 за 1927 г., стар. 78.

	ТВС лёгкіх	ТВС усіх форм
У Адэсе за 1923, 24 і 25 г.[1]	—	У сярэднім за 3 г. 16,6
У Ленінградзе за 1924 і 25 г.[2]	—	У сярэднім за 2 г. 25,1
У Менску за 1924 і 25 г.[3]	—	У сярэднім за 2 г. 29,9
У Слуцку за 1926 г.[4] (гл. таб. № 26)	14,2	У сярэднім 19,8

Калі ўзяць сьмяротнасьць ад тбк за адзін толькі 1925 г., дык атрымаем наступную табліцу.

ТАБЛІЦА № 28.

На 10.000 насельніцтва памерла ад ТВС у 1925 г.

1.	Софія [5]	36,5	15.	Вена	19,6
2.	Трыэст	28,3	16.	Віцебск	19,1
3.	Менск	28,2	17.	Прага	17,6
4.	Парыж	28,0	18.	Харкаў	17,5
5.	Лодзь	26,3	19.	Масква	16,1
6.	Варшава	25,8	20.	Стокгольм	15,6
7.	Рэвель	25,4	21.	Осла	15,0
8.	6 буйных гарадоў БССР	23,6	22.	Адэса	14,8
9.	Кракаў	23,6	23.	Днепрапятроўск	13,3
10.	Ленінград	23,3	24.	Бэрлін	11,7
11.	Кіеў	21,7	25.	Гамбург	13,3
12.	2162 налюдненых пунктаў б. Слуцкай акругі	21,5	26.	Лёндон	10,8
			27.	Нью-Ёрк	
13.	Слуцак у 1926 г.	19,8	28.	Чыкаго	8,4
14.	Усе гарады БССР	19,7	29.	Сан-Луі	6,8

Такім чынам, сьмяротнасьць ад ТВС у б. Слуцкай акрузе ў 1925 г. вышэй сьмяротнасьці ад сухотаў ва ўсіх гарадох Беларусі і трохі менш гэткай у буйных гарадох Беларусі (Менск, Віцебск, Магілеў, Бабруйск, Барысаў і Ворша). Значна ніжэй яна толькі сьмяротнасьці ад ТВС у Менску, які стаіць па сьмяротнасьці ад ТВС на 3-м месцы пасьля Сафіі і Трыесту. Трэба заўважыць, што сьмяротнасьць ад ТВС у гарадох Беларусі перавышае ўсе гарады Саюзу[6]), што звычайна ў сельска-гаспадарчых мясцовасьцях сьмяротнасьць ад ТВС наогул бывае значна ніжэй, чым у гарадох. Калі ўспомнім сказанае вышэй адносна таго, што шмат сьмярцей ад ТВС у б. Слуцкай акрузе схавалася ад рэгістрацыі з-за вялікай групы сьмярцей з невядомымі дыагнозамі, з-за няпэўных дыагнозаў: „конвульсіі“, „радзімчык“; што частка сьмярцей ад сухот схавалася пад дыагнозам „запаленьне лёгкіх“, г. зн. калі мы прымем пад увагу, што прывадзімыя ніжэй лічбы ніжэй сапраўдных, дык мы павінны прыйсьці да заключэньня, што сьмяротнасьць у б. Слуцкай акрузе вельмі вялікая. Пры чым сьмяротнасьць у самым гор. Слуцку ня мае ўплыву на павялічэньне інтэнсыўнага паказальніка сьмяротнасьці

[1]) Смулевіч, стар. 162, сярэдняе я вывеў сам на падставе прывадзімых ім лічбаў.
[2]) Новасельскі і Паеўскі. „Естественное движение населения в Ленинграде“.
[3]) Смулевіч, стар. 163.
[4]) Па гор. Слуцку я выважу напружаны паказальнік толькі за 1926 г., а не за 1925 г., так як мне невядома дакладная колькасьць жыхароў у Слуцку ў 1925 г. Аб колькасьці насельніцтва за 1926 г. мы маем зьвесткі па перапісу 1926 г., вызначыць колькасьць жыхароў у Слуцку за 1925 г. вылічэньнем рызыкоўна, так як лічбы, з якімі прыходзіцца апэрыраваць, вельмі малыя.
[5]) Смулевіч, стар. 163.
[6]) Смулевіч, стар. 174.

ад ТВС па ўсёй акрузе, так як мы бачым з параўнаўчай табліцы № 28, сьмяротнасьць ад ТВС у самым Слуцку нават ніжэй сярэдняй сьмяротнасьці па Слуцкай акрузе і роўна сьмяротнасьці ўсіх гарадоў Беларусі. Значыцца паказаны вышэй *інтэнсыўны паказальнік у 21,5 на 10.000 чал. насельніцтва характарызуе сьмяротнасьць ад ТВС у беларускай вёсцы, калі па вёсках б. Слуцкай акругі судзіць аб беларускай вёсцы наогул;* за вылікам гор. Слуцку, пытаньне тут ідзе аб 2161 залюдненых пунктаў з агульным лікам насельніцтва ў 293,489, з якіх у 5 мястэчках—13.197 жыхароў, а рэшта насельніцтва—жыхары вёскі.

Па нацыянальных адзнаках сьмяротнасьць ад сухотаў мной не распрацавана, так як з-за ліквідацыі акругі матар'ялы эвакуіраваліся, а ў свой час я на гэтым спэцыяльна ня пасьпеў спыніцца. Але некаторыя даныя мы маем і можам рабіць вывады. Як раней было сказана, насельніцтва б. Слуцкай акругі складаецца з 90% беларусоў і 10% яўрэяў, прычым на раёнах процант яўрэяў налічваецца толькі ад 2 да 5%, а ў 5 мястэчках і гор. Слуцку, дзе маецца 29.185 жыхароў, яўрэі складаюць звыш 50% насельніцтва. З табліцы № 23 мы бачым, што з агульнага ліку 409 памёршых ад сухотаў лёгкіх у 1926 г. па ўсёй б. акрузе, на гор. Слуцк падае толькі 23 чал. З гэтых 23 чал., памёршых у горадзе Слуцку ад ТВС лёгкіх у 1926 г., было яўрэяў 10 чал. (матар'ялы па гор. Слуцку захаваліся на месцы), г. зн. *нават у Слуцку, дзе яўрэяў больш, чым не-яўрэяў, сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх сярод іх значна ніжэй чым сярод не-яўрэяў.* Між тым па раёнах, як гэта відаць з табліцы № 26, сьмяротнасьць значная; у 1926 г. памёрла: 88 чал. у Слуцкім раёне, 52 чал. у Старобінскім раёне, 36 чал. у Любаньскім раёне, 41 чал. у Чырвонаслабодскім раёне, 62 чал. у Капыльскім раёне, 51 чал. у Грэскім раёне, 56 чал. у Старадароскім раёне, усяго акрамя Слуцку ў б. Слуцкай акрузе памёрла ў 1926 г. 386 чал., а насельніцтва тут на 95% складаецца з беларускага сялянства, і яўрэяў там, як мы вышэй казалі, ня больш 5%; да гэтага яшчэ і сьмяротнасьць ад ТВС сярод яўрэяў меншая, як мы гэта бачылі вышэй з матар'ялаў аднаго гор. Слуцку. Ясна, што ўсе прывадзімыя дадзеныя аб сьмяротнасьці ад сухотаў (як і інш. хвароб) адносяцца ў масе ня менш, чым на 90—95% іменна да беларускага насельніцтва, г. зн. беларускага сялянства[1]). Каб яшчэ больш даказаць гэта, можна будзе прывесьці матар'ял прызыўных камісій 1926 і 1927 г. г., якія характарызуюць захворваемасьць сухотамі лёгкіх сярод яўрэйскага і не-яўрэйскага насельніцтва. У 1926 г. сярод агледжаных прызыўнікоў усяго мужчынскага пакаленьня, якія нарадзіліся ў 1905 г., аказалася хворых сухотамі сярод яўрэяў 2,39% усіх агледжаных яўрэяў, а сярод рэшты насельніцтва (амаль пагалоўна беларускае сялянства)—8,77%[2]).

Па неапублікаванаму, але ўжо распрацаванаму мной матар'ялу прызыву 1927 г. сярод усяго мужчынскага пакаленьня, якое нарадзілася ў 1905 г., сухотных хворых аказалася: сярод яўрэяў—6,21%, а сярод не-яўрэяў—10,13%. Такім чынам, па матар'ялах пагалоўнага, пільнага агляду 2 пакаленьняў мужчынскай паловы насельніцтва, мы бачым, што ў яўрэяў сустракаецца ў два разы менш хворых, чым сярод не-яўрэяў,—беларускіх сялян, значыцца і сьмяротнасьць павінна быць больш у не-яўрэяў, чым сярод яўрэяў. Гэтаму зацьверджаньню

---

[1]) Таму-то я і ня спыніўся на разглядзе матар'ялаў па нацыянальнай адзнацы, што я раней вывучаў матар'ялы раёнаў, а яны датычыліся амаль выключна беларускага сялянства вёсак і разьбіўка іх па нацыянальнай адзнацы не прадстаўлялася тады неабходнай.

[2]) Др. Ратнэр С. У. „Состояние здоровья родившихся в 1904 г. в Слуцком округе по данным осмотра призывными комиссиями 1926 г." „Бел. Мед. Думка" 1921 г. № 1.

адпавядае і тое непасрэднае ўражаньне, якое ёсьць пры разглядзе матар'ялаў „ЗАГС“: *вёска дае найвялікшую колькасьць сьмярцей ад ТВС.* Аб гэтым самым гавораць і матар'ялы аб захворваемасьці і сьмяротнасьці ад ТВС, якія маюцца ў сухотным дыспансэры.

У выніку ўсяго мы можам сказаць, што *ня менш 95% усёй сьмяротнасьці ад ТВС дае беларуская вёска* і ўсё вышэйсказанае аб сьмяротнасьці ад ТВС на 95% адносіцца іменна да беларускага сялянства.

Такім чынам пытаньне аб сухотах у б. Слуцкай акрузе ёсьць пытаньне барацьбы з сухотамі на вёсцы.

Аб разьмеркаваньні сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх і запаленьня лёгкіх па родах гаворыць табліца № 23 і 24. Вывучыўшы гэтыя табліцы, мы бачым, што ў узросьце да 8 год сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх сярод хлопчыкаў і дзяўчынак амаль-што аднолькавая,— маецца толькі невялікая пераважнасьць сьмяротнасьці сярод хлопчыкаў: за 4 гады памёрла 167 хлопчыкаў, або 7,76% усёй сьмяротнасьці ад тбк, і 155 дзяўчынак, або 7,22% усёй сьмяротнасьці ад тбк. Пачынаючы з 8 гадоў і да 39 г. уключна, гэта значыць у ўзросьце, які, як мы вышэй бачылі, дае самую высокую сьмяротнасьць ад тбк, сьмяротнасьць сярод жанчын пераважае над сьмяротнасьцю сярод мужчын. За 4 гады ў гэтым узросьце памёрла 615 жанчын, або 28,66% усёй сьмяротнасьці ад тбк, і 476 мужчын, або 22,18% усёй сьмяротнасьці ад тбк. Асабліва пераважае сьмяротнасьць сярод жанчын у узросьце паміж 15 і 30 гадамі: мужчын памерла 294, або 13,3% усёй сьмяротнасьці ад тбк, а жанчын 412, або 19,2% усёй сьмяротнасьці ад тбк. У ўзросьце звыш 40 год мужчын памерла 413 чалавек, або 19,24% усёй сьмяротнасьці ад ТВС, а жанчын 320, г. зн. 14,91% усёй сьмяротнасьці ад тбк. Гэта сьведчыць аб тым, што ў гэтым узросьце зноў пераважаюць мужчыны, прычым гэтае пераважаньне галоўным чынам падае на ўзрост звыш 50 год. У ўзросьце 40—50 сьмяротнасьць мужчын і жанчын ад тбк таксама аднолькава (6,48% мужчын, 6,24% жанчын).

Пераважаньне сьмяротнасьці жанчын у ўзросьце 15—39 г. трэба думаць, як гэта многімі і тлумачыцца, знаходзіцца ў сувязі з рознасьцю ў момантах канстытуцыі (цяжарнасьць, роды), а з другога боку, мне здаецца, і ў сувязі з рознасьцю ўмоў жыцьця і быту. У гэты пэрыяд мужчыны больш па-за домам, а жанчыны больш сядзяць у дрэнна праветрываемых пакоях, сядзяць доўга за пралкай і інш. Я падкрэсьліваю, што *іменна ў узросьце ад 15—39 год памірае больш жанчын, чымся мужчын,* у той час калі да гэтага ўзросту, або пасьля яго, сьмяротнасьць іх або менш сьмяротнасьці мужчын, або роўна.

Разьмеркаваньне сьмяротнасьці па роду ад запаленьня лёгкіх паказваецца ў табліцы № 23: да 3-х год уключна сьмяротнасьць сярод хлопчыкаў гэткая-ж, як і пры ТВС,—трохі большая, чым сярод дзяўчынак: у сярэднім за 4 гады мы маем у гэтым узросьце сярод хлопчыкаў 27,72%, а сярод дзяўчынак 26,53% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх. У ўзросьце ад 4—7 сярэдняя сьмяротнасьць за 4 гады амаль аднолькавая: хлопчыкаў 3,47% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх і дзяўчынак 3,92%; у ўзросьце 8—39 год—сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх сярод жанчын большая: 7,91% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх сярод жанчын і 4,87% сярод мужчын, г. зн. што тут паўтараецца той-жа стасунак, як і пры сухотах лёгкіх, але ў адзнаку ад ТВС, пры якім вышэй 40 год гіне больш мужчын, ад запаленьня лёгкіх у ўзросьце і вышэй 40 год гіне больш жанчын (у сярэднім за 4 гады жанчын) 5,91% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх, (мужчын 13,29% той-жа сьмяротнасьці).

Падлічваючы ўсё разгледжанае вышэй, мы можам скласьці наступную табліцу хвароб, якія даюць найбольшую сьмяротнасьць і якія прадстаўляюць шырокае поле дзейнасьці для нас у бліжэйшыя годы.

ТАБЛІЦА № 29.

На 100 памёршых ад усіх прычын ува ўсіх узростах.

	1912	1913	1914	1925	1926
Дзіцячы панос і халерына	10,45	4,88	4,85	2,66	3,73
Шкарлятына	4,16	4,01	1,37	5,74	8,45
Водра (корь)	2,46	7,35	2,64	14,23	2,82
Коклюш	2,35	3,01	4,55	0,85	1,74
Запаленьне мозгу . . {	1,38	1,45	1,40	1,35	0,92
	1,73	1,02	1,34	1,48	1,44
Тыфусы	2,66	2,21	3,14	1,09	0,70
Крывавы панос . . .	1,23	2,05	1,18	1,26	0,18
Сухоты лёгкіх і катар лёгкіх	11,31	10,92	10,00	7,94	7,72
Запаленьне лёгкіх . .	12,20	14,02	16,30	15,01	12,14
Усяго . .	49,93	50,92	46,77	51,61	39,84

З гэтай табліцы бачым, што ненатуральная сьмерць ад дзіцячых паносаў, дзіцячых інфэкцый: дыфтэрыта, запаленьня мозгу, шкарлятыны, водры, коклюша, тыфусаў, крывавага паносу і лёгачных захворваньняў, дае каля паловы ўсёй сьмяротнасьці ад усіх прычын—за ўсе годы. Аб большым паменшаньні сьмяротнасьці ў 1926 г. ня гледзячы на лічбы гэтай табліцы, якія паказваюць як-бы паменшаньне, нельга гаварыць, паколькі мы маем вялікую групу невядомых дыагнозаў, аб чым я ўжо шмат разоў гаварыў.

Пяройдзем зараз да разгляду сьмяротнасьці па раёнах. З прычыны раёнаваньня б. Слуцкай акругі я маю матар'ялы толькі за 1925 і 1926 год.

Яскравы малюнак усіх дадзеных паказан у выглядзе распрацаванай табліцы № 30. Тут паказана сьмяротнасьць ад розных хвароб у розных раёнах у бязумоўных лічбах і ў процантах да ўсёй сьмяротнасьці. Так як у пачатку гэтага артыкулу, у табліцы № 2, паказана колькасьць жыхароў па кожнаму раёну паасобку, згодна перапісу 1926 г., дык пры жаданьні кожны можа вывесьці інтэнсыўны паказальнік па паасобных хваробах за 1926 г. як па ўсёй б. акрузе, так і па раёнах. Мы абмяжуемся толькі вывядзеньнем інтэнсыўных паказальнікаў па раёнах толькі ў адносінах да агульнай сьмяротнасьці, сьмяротнасьці ад сухотаў лёгкіх і ўсіх форм запаленьня лёгкіх і дзіцячых зараз (водры, шкарлятыны, коклюшу).

Што-ж нам паказвае табліца № 30? Лік невядомых дыагнозаў, г. зн. лік сьмярцей, прычына якіх невядома, рэзка хістаецца па паасобных раёнах: у 1925 г. ад 0,63% (Грэскі раён), да 42,75% (Любаньскі раён),

Сьмертнасьць па гораду і раёнах за 1925 г. і

	г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінскі раён	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
	Сьмертнасьць							
Усяго памёрла	257	3,77 ¹)	938	13,78	1372	20,15	1011	14,85
	Дыягнозы больш							
Старасьць і склероз	19	7,39 ²)	228	24,31	177	12,90	112	11,08
Мёртванараджэньня	4	1,56	—	—	—	—	—	—
Слабасьць дзяцей да 1 году	2	0,78	60	6.40	127	9,26	13	1,29
Неданошанасьць і недаразьвітасьць	6	2,33	—	—	—	—	7	0,10
Дзіцячы панос і халерына	3	1,17	56	5,97	35	2,55	6	0.59
Кішэчн. інтоксіакцыя	4	1,56	—	—	—	—	—	—
Дыфтэрыт і круп	3	1,17	7	0,75	19	1,38	13	1,29
Англійская хвароба	1	0,39	5	0,53	2	0,15	—	—
Скарлаціна	16	6,23	8	0.85	165	12,03	63	6,23
Водра	8	3,11	126	13,43	240	17,49	160	15,83
Коклюш	2	0.78	3	0,32	14	1,02	14	1,38
Краснуха	—	—	1	0,11	—	—	—	—
Малочніца	1	0,39	—	—	1	0,07	—	—
Грып і інфлюэнца	—	—	4	0,43	1	0,07	1	0,10
Тыфусы	—	—	10	1,07	10	0,73	10	0.99
Крававы панос	6	2,33	2	0.21	19	1,38	9	0,89
Воспа	—	—	—	—	2	0,15	—	—
Стаўбняк	1	0,39	—	—	—	—	—	—
Ружа	—	—	1	0,11	1	0,07	—	—
Цынга	—	—	—	—	—	—	—	—
Сібірская язва	—	—	—	—	—	—	1	0,10
Сыфіліс	1	0,39	—	—	—	—	—	—
Тубэркулёз лёгкіх	39	15,17	107	11,40	109	7,94	60	5.93
Катар лёгкіх	1	0.39	1	0,11	—	—	—	—
Тубэркулёз залоз	—	—	—	—	—	—	—	—
„ касьцей	—	—	—	—	—	—	—	—
„ горла	—	—	—	—	—	—	2	0,20
Запаленьне лёгкіх	23	8,95	130	13,86	182	13,27	177	17,51
Канвульсіі і радзімч.	2	0,78	—	—	4	0,29	1	0,10
Плеўрыт	4	1,56	4	0,43	6	0,44	—	—

¹) У гэтым радку проц. азначае адносіну сьмертнасьці ў кожным раёне ў г. Слуцку
²) Тут і далей проц. вылічан для кожнага раёну ў асобку і азначае долю ўдзелу

Табліца № 30.

1926 г. (распрацавана д-рам С. І. Ратнерам).

Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
за 1925 г.									
767	11,27	949	13,94	683	10,03	831	12,21	6808	100,00
менш дасканалыя									
104	13,56	117	12,33	80	11,71	140	16,83	977	14,35
3	0,39	2	0,21	—	—	2	0,24	11	0,16
34	4,43	49	5,16	38	5,56	70	8,42	393	5,77
—	—	—	—	—	—	—	—	7	0,10
14	1,83	30	3,16	15	2,20	22	2,65	181	2,66
—	—	—	—	—	—	—	—	4	0,06
18	2.35	16	1.69	6	0,88	10	1,20	92	1,35
—	—	—	—	—	—	—	—	8	0,12
57	7,43	55	5,80	1	0,15	26	3,13	391	5,74
141	18,38	160	16,86	34	4,98	100	12,03	969	14,23
9	1,17	7	0,74	—	—	9	1,08	58	0,85
—	—	1	0,11	—	—	—	—	2	0,03
—	—	—	—		—	—	—	2	0,03
2	0,26	—	—	—	—	4	0,48	12	0,78
12	1,56	13	1,37	13	1,90	6	0,72	74	1,09
4	0,52	33	3,48	9	1,32	4	0,48	86	1,26
2	0,26	—	—	—	—	7	0,84	11	0,16
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
—	—	—	—	1	0,15	—	—	3	0,04
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
61	7,95	85	8,96	18	2,63	59	7,10	538	7,90
1	0,13	—	—	—	—	—	—	3	0,04
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	0,32	1	0,15	2	0,24	6	0,09
—	—	—	—	—	—	1	0,12	3	0,04
102	13,30	192	20,23	73	10,69	143	17,21	1022	15,01
12	1,56	14	1,48	—	—	7	0,84	40	0,59
1	0,13	8	0,84	—	—	—	—	23	0,34

да ўсёй сьмертнасьці па акрузе за год.
кожнай хваробы ва ўсёй сьмертнасьці па раёну і ў Слуцку.

	г. Слуцак		Копыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінскі раён	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
	Смертнасьць							
Усяго памёрла	257	4,61	1009	18,11	1033	18,54	811	14,56
	Дыягнозы больш							
Старасьць і склероз.	18	7,00	182	18,04	178	17,23	98	12,08
Мёртванараджэньня	7	2,72	—	—	1	0,10	—	—
Слабасьць дзяцей да 1 году . . .	11	4,28	38	3,77	38	3,68	17	2,10
Неданошанасьць і недаразьвітасьць .	1	0,39	—	—	—	—	—	—
Дзіцячы панос і халерына. . . .	11	4,28	55	5,45	48	4,65	23	2,84
Кішэчн. інтоксікацыя	3	1,17	—	—	—	—	—	—
Дыфтэрыт і круп.	2	0,78	5	0,50	11	1,06	5	0,62
Ангійская хвароба	—	—	—	—	—	—	—	—
Скарлаціна	27	10,51	52	5,15	99	9,58	103	12,70
Водра	1	0,39	28	2,78	13	1,26	36	4,44
Коклюш	—	—	20	1,98	6	0,58	19	2,34
Краснуха	—	—	—	—	—	—	—	—
Малочніца	—	—	—	—	—	—	—	—
Грып і інфлюэнца	--	—	9	0,89	7	0,68	2	0,25
Тыфусы	2	0,78	5	0,50	7	0,68	1	0,12
Крываві панос	4	1,56	3	0,30	—	—	—	—
Воспа	—	—	—	—	—	—	—	—
Стаўбняк	—	—	—	—	2	0,19	—	—
Ружа	1	0,39	2	0,20	—	—	—	—
Цынга	—	—	—	—	—	—	2	0,25
Сібірская язва	—	—	—	—	—	—	—	—
Сыфіліс	—	—	—	—	—	—	--	—
Тубэркулёз лёгкіх	23	8,95	62	6,14	88	8,52	52	6,41
Катар лёгкіх	—	—	10	0,99	2	0,19	3	0,37
Тубэркулёз залоз	1	0,39	—	—	—	—	—	—
„ касьцей	—	—	—	—	—	—	—	—
„ горла	—	—	—	—	—	—	—	—
Запаленьне лёгкіх	29	11,29	138	13,67	108	10,46	106	13,08
Канвульсіі і радзімч.	6	2,33	5	0,50	5	0,48	1	0,12
Плеўрыт	2	0,78	—	—	2	0,19	2	0,25

Працяг таблiцы № 30.

Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
за 1926 г.									
620	11,13	695	12,47	668	11,99	479	8,60	5572	100,00
менш дасканалыя									
59	2,52	101	14,53	68	10,18	86	17,95	790	14,18
2	0,32	—	—	—	—	—	—	10	0,18
15	2,42	10	1,44	13	1,95	16	3,34	158	2,84
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
7	1,13	25	3,60	5	0,75	34	7,10	208	3,73
—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05
9	1,45	6	0,86	6	0,90	7	1,46	51	0,92
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	2,90	91	13,09	62	9,28	19	3,97	471	8,45
28	4,52	9	1,29	36	5,39	6	1,25	157	2,82
33	5,32	5	0,72	11	1,65	3	0,63	97	1,74
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,16	3	0,43	—	—	3	0,63	25	0,45
2	0,32	9	1,29	7	1,05	6	1,25	39	0,70
—	—	1	0,14	1	0,15	1	0,21	10	0,18
2	0.32	—	—	1	0.15	1	0,21	4	0.07
—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,4
1	0,16	—	—	—	—	—	—	4	0,07
—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,4
—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56	9.03	51	7,34	36	5,39	41	8,56	409	7,34
2	0.32	1	0,14	1	0,15	2	0,42	21	0,38
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80	12,90	107	15.39	60	8,98	49	10,23	677	12.14
16	2,58	16	2,30	1	0,15	—	—	50	0,90
1	0,16	5	0,72	—	—	—	—	12	0.22

	г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дарожскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1925 год.																		
Запаленьне мозгу . .	16	6,23	11	1,17	21	1,53	19	1,88	6	0,78	7	0,74	4	0,59	17	2,05	101	1,48
Расшырэньне лёгкіх .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Запаленьне пазваночн.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,11	—	—	—	—	1	0,01
Малакроўе	—	—	1	0,11	—	—	1	0,10	1	0,13	1	0,11	—	—	3	0,36	7	0,10
Злаякаснае малакроўе .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Парок сэрца	34	13,23	2	0,21	10	0,73	6	0,59	5	0,65	3	0,32	1	0,15	8	0,96	69	1,01
Сэрдэчная слабасць і паралюж сэрца. . .	—	—	1	0,11	3	0,22	2	0,20	2	0,26	2	0,21	—	—	—	—	10	0,15
Грудная жаба . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Астма	—	—	—	—	1	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Мазгав. крывазьл. і паралюш.	2	0,78	—	—	1	0,07	4	0,39	—	—	3	0,32	—	—	2	0.24	12	0.18
Хвароба нырак . . .	2	0,78	5	0,53	16	1,17	5	0,49	9	1,17	7	0,74	2	0,29	8	0,96	54	0,79
Піэлінэфрыт	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Хвароба мач. пухіру .	—	—	—	—	1	0,07	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,03
Рак розн. органаў . .	2	0,78	1	0,11	6	0,44	4	0,39	3	0,39	1	0,11	—	—	6	0,72	23	0,34
Пухліны	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,11	—	—	1	0,12	2	0,03
Роды	—	—	7	0,75	13	0,95	9	0,89	9	1,17	6	0,63	11	1,61	9	1,08	64	0,94
Родавая гарачка . .	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Аборт.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	1	0,11	—	—	—	—	2	0,03
Падучая хвароба (эпілепсія)	1	0,39	2	0,21	9	0,66	10	0,99	4	0,52	8	0,84	1	0,15	3	0,36	38	0,56
Запал. брушыны . .	7	2,72	1	0,11	1	0,07	2	0,20	—	—	—	—	—	—	—	—	11	0,16
Непраходн. кішак . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Заварот кішак . . .	1	0,39	3	0,32	—	—	1	0,10	1	0,13	—	—	—	—	—	—	6	0,09
Зрошчэн. кішак . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Апэндыцыт	1	0,39	1	0,11	2	0,15	—	—	—	—	1	0,11	—	—	—	—	5	0.07
Язва жалудка . . .	1	0,39	2	0.21	1	0,07	—	—	1	0,13	1	0,11	1	0,15	1	0,12	8	0,12
Грыжа	2	0,78	—	—	1	0,07	—	—	1	0,13	—	—	1	0,15	—	—	5	0,07
Сахарная хвароба . .	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Базэдава хвароба . .	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Рэўматызм	—	—	3	0,32	6	0,44	2	0,20	2	0,26	4	0,42	2	0,29	4	0,48	23	0,39
Ангіна.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Малярыя	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	1	0,15	—	—	2	0,03

Працяг табліцы № 30.

г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дарожскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1926 год.																	
8	3,11	12	1,19	16	1,55	14	1,73	10	1,61	11	1,58	4	0,60	5	1,04	80	1,44
—	—	2	0,20	—	—	—	—	1	0,16	1	0,14	—	—	—	—	4	0,07
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	0,78	—	—	2	0,19	1	0,12	—	—	1	0,14	—	—	—	—	6	0,11
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
4	1,56	6	0,60	16	1,55	4	0,49	3	0,48	7	1,01	2	0,30	8	1,67	50	0,90
6	2,33	1	0,10	2	0,19	1	0,12	3	0,48	2	0,29	1	0,15	2	0,42	18	0,32
2	0,78	1	0,10	—	—	1	0,12	—	—	—	—	—	—	—	—	4	0,07
1	0,39	—	—	2	0,19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05
9	3,50	7	0,69	3	0,29	1	0,12	—	—	2	0,29	—	—	1	0,21	23	0,41
5	1,96	15	1,49	14	1,36	8	0,99	7	1,13	9	1,29	1	0,15	7	1,46	66	1,18
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	3	0,30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05
10	3,89	5	0,50	3	0,29	8	0,99	—	—	5	0,72	1	0,15	2	0,42	34	0,61
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,42	3	0,05
1	0,39	9	0,89	13	1,26	11	1,36	10	1,61	3	0,43	4	0,60	6	1,25	57	1,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
1	0,39	2	0,20	3	0,29	2	0,25	1	0,16	5	0,72	4	0,60	4	0,84	22	0,39
1	0,39	1	0,10	2	0,19	—	—	1	0,16	—	—	—	—	—	—	5	0,09
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,39	—	—	—	—	—	—	2	0,32	2	0,29	—	—	—	—	5	0,09
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,39	—	—	—	—	—	—	1	0,16	—	—	—	—	—	—	2	0,04
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,39	—	—	2	0,19	3	0,37	2	0,32	2	0,29	2	0,30	1	0,21	13	0,23
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,16	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,15	—	—	1	0,02

	г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дарожскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1925 год.																		
Жалтуха . . .	1	0,39	2	0,21	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	1	0,12	5	0,07
Хвар. Гіршпрунга.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Флегмона . . .	2	0,78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,03
Гангрэна . . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Розн. нясчас. вып.	1	0,39	10	1,07	4	0,29	6	0,59	8	1,04	7	0,74	7	1,02	5	0,60	48	0,71
Забіта	2	0,78	7	0,75	8	0,58	4	0,40	4	0,52	2	0,21	5	0,73	3	0,36	35	0,51
Крывазьліян. .	3	1,17	1	0,11	—	—	—	—	2	0,26	2	0,21	—	—	3	0,36	11	0,16
Голад	—	—	—	—	—	—	2	0,20	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,03
Самагубства . .	—	—	2	0,21	2	0,15	2	0,20	1	0,13	2	0,21	3	0,44	2	0,24	14	0,21
Ап'яненьне . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Плухліна ў горле.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Хвар. глоткі . .	—	—	1	0,11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Каўтун . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Запаленьне кішак.	1	0,39	3	0,32	2	0.15	—	—	—	—	4	0,42	—	—	1	0,12	11	0,16
Запаленьне печані	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Нарыў печані .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Запаленьне сьпін. мозгу . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Разам правільн. дыагнозаў у % .	—	88,75	—	87,34	—	89,07	—	82,02	—	83,27	—	89,52	—	48,04	—	82,88	—	80,73
Няпэўныя																		
Невядом. дыагноз.	3	1,17	20	2,13	39	2,84	203	20,08	20	2,61	6	0,63	292	42,75	21	2,53	604	8,87
Неспадз. хуткая сьмерць . .	—	—	1	0,11	1	0,07	1	0,10	—	—	1	0.11	—	—	1	0,12	5	0.07
Заражэньне крыві	3	1,17	—	—	3	0,22	4	0,39	—	—	1	0.11	1	0,15	1	0,12	13	0,19
Бранхіт . . .	4	1,56	2	0,21	1	0.07	7	0,69	—	—	6	0,63	1	0,15	3	0,36	24	0,35
Прастуда . . .	—	—	59	6,29	70	5.10	41	4,06	70	9,13	60	6,32	42	6.15	92	11.07	434	6,37
Засарэньне жалудка . . .	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Расстройства траўленьня .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Расстройства пітаньня. . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Катар жалудка .	—	—	11	1,17	2	0,15	3	0,30	8	1,04	8	0,84	3	0,44	8	0,96	43	0,63
Жалудачн. хвароба	8	3,11	2	0,21	8	0,58	2	0,20	6	0,78	8	0,84	3	0,44	5	0.60	42	0,62
Захв. кішак . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Тубэркулёз кішак	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	-	—	—	—	—	—	1	0,01
Халера . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Працяг табліцы № 30.

г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дарожскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1926 год.																	
1	0,39	—	—	—	—	1	0,12	2	0,32	—	—	—	—	—	—	4	0,07
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	1,17	1	0,10	13	1,26	8	0,99	11	1,77	4	0,58	7	1,05	3	0,63	50	0,90
1	0,39	10	0,99	6	0,58	5	0,62	4	0,65	4	0,58	3	0,45	1	0,21	34	0.61
1	0,39	—	—	—	—	1	0,12	—	—	2	0,29	1	0,15	—	—	5	0,09
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	2,72	—	—	4	0,39	1	0,12	1	0,16	3	0,43	—	—	—	—	16	0,29
—	—	—	—	1	0.10	1	0,12	3	0,48	—	—	—	—	—	—	5	0,09
—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,32	—	—	—	—	—	—	2	0,04
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.02
—	—	3	0.30	2	0,19	6	0,74	—		3	0,43	—	—	—	—	14	0,25
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0.39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	85,64	—	69,70	—	69,59	—	67,46	—	63,98	—	73,20	--	50,68	—	65,99	—	67,20
дыагнозы.																	
19	7,38	195	19,33	210	20,33	168	20,71	116	18,71	101	14,53	274	41,02	73	15.24	1156	20,75
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.21	1	0,02
2	0,78	7	0,69	7	0,68	1	0,12	—	—	2	0,29	2	0,30	—	—	21	0,38
1	0,39	9	0,89	1	0,10	2	0,25	4	0,65	6	0,86	1	0,15	4	0,84	28	0,50
2	0,78	67	6,64	64	6,20	66	8,14	87	14.03	51	7,34	40	5,99	62	12,94	439	7,88
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	4	0,40	1	0,10	4	0,49	5	0,81	8	1,15	1	0.15	6	1,25	29	0,52
1	0,39	3	0,30	5	0,48	5	0,62	2	0,32	5	0,72	1	0,15	7	1,46	29	0.52
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	0,12	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02

	г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1925 год.																		
Праказа	—	—	—	—	1	0.07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Запор	—	—	—	—	1	0.07	1	0,10	—	—	—	—	—	—	1	0.12	3	0,04
Колікі	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Язва кішак	—	—	1	0,11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Запаленьне залоз	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Вадзянка	—	—	1	0,11	—	—	—	—	—	—	2	0.21	—	—	—	—	3	0.04
Задушша	—	—	4	0,43	3	0,22	5	0,40	5	0,65	2	0,21	—	—	2	0,24	21	0,31
Гарачка	—	—	—	—	—	—	3	0,30	5	0,65	—	—	—	—	—	—	8	0,12
Трасца	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Хвароба печані	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Расшырэньне печані	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,11	—	—	—	—	1	0.01
Нарыў	—	—	1	0,11	1	0,07	—	—	1	0.13	1	0,11	—	—	—	—	4	0,06
Чырэй	—	—	2	0,21	—	—	3	0,30	—	—	—	—	—	—	1	0,12	6	0,09
Скула	—	—	—	—	1	0,07	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,03
Сып	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,12	1	0,01
Экзэма	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Галаўная боль	—	—	2	0,21	2	0,15	—	—	1	0,13	—	—	1	0,15	—	—	6	0,09
Хвароба нагі	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,12	1	0,01
Вывіх нагі	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Раны на назе	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Атрафія	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Атрафія мозгу	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Недагляд	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Зубы	—	—	1	0,11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Пераляк	—	—	—	—	1	0.07	—	—	1	0.13	—	—	—	—	1	0,12	3	0,04
Расстройства нэрваў	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Запален. седал. нэрву	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Псыхічн. хвароба	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,29	—	—	2	0.03
Дзіцячая хвароба	—	—	—	—	—	—	2	0,20	2	0,26	—	—	—	—	2	0,24	6	0,09
Ацёк лёгкіх	1	0,39	—	—	2	0,15	—	—	—	—	1	0,11	—	—	—	—	4	0,06

Працяг табліцы № 30.

г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодскі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
За 1926 год.																	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	0.12	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,15	—	—	1	0,02
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,16	—	—	—	—	—	—	1	0,02
1	0,39	1	0,10	1	0,10	—	—	—	—	—	—	1	0,15	—	—	4	0,07
—	—	7	0,69	12	1,16	11	1,36	4	0,65	2	0,29	—	—	1	0,21	37	0,66
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,16	—	—	1	0.15	—	—	2	0.04
—	—	—	—	1	0,10	—	—	2	0,32	—	—	—	—	—	—	3	0,05
—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	6	0,59	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	1	0 21	8	0,14
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,21	2	0,04
—	—	2	0,20	1	0,10	—	—	—	—	—	—	1	0,15	—	—	4	0,07
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,15	—	—	1	0,02
—	—	3	0,30	3	0,29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	0,11
—	—	3	0,30	—	—	1	0,12	—	—	1	0,14	—	—	—	—	5	0,09
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	1	0,12	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,21	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,21	1	0.02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,30	—	—	2	0,04
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0.02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінск. раён		Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
Гніеньне лёгкіх .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сардэчная хвароба	4	1,56	2	0,21	—	—	1	0,10	—	—	2	0,21	—	—	—	—	9	0,13
Расшырэн. сэрца	—	—	—	—	1	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Залатуха . . .	—	—	5	0,53	1	0,07	1	0,10	1	0,13	—	—	1	0,15	1	0,12	10	0,15
Гніеньне пазван.	—	—	—	—	1	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Я з в а . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Дзяцінец . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
А ц ё к . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,11	—	—	—	—	1	0,01
Рэзанка . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Прыпадак. . .	2	0,78	—	—	1	0,07	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	4	0,06
Нястрым. ваніты (рвота) . . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
В а н і т ы . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Бяспрытульнасьць	—	—	—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Г л і с т ы . .	—	—	1	0,11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Істашчэньне . .	1	0,39	—	—	—	—	—	—	4	0,52	—	—	—	—	—	—	5	0,07
Апэрацыя жалудка	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Няўдачная апэрацыя . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сухотка мозгу .	—	—	—	—	1	0.07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Слабасьць (разн. ўзросты) . .	—	—	4	0,43	7	0,51	1	0,10	1	0,13	—	—	9	1,32	1	0,12	23	0,34
Заражэньне сасудаў . . .	—	—	—	—	1	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
Запаленьне мозгу	—	—	—	—	1	0,07	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.01
Разам няпэўных невядомых дыагнозаў у %. . .	—	11,30	—	12,69	—	10.90	—	28,01	—	16.68	—	10.55	—	51,99	—	17,08	—	19,07

Працяг табліцы № 30.

г. Слуцак		Капыльскі раён		Слуцкі раён		Старобінскі рнён		Ст.-Дароскі раён		Грэскі раён		Любаньскі раён		Кр.-Слабодзкі раён		РАЗАМ	
Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%	Лік	%
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
7	2,72	1	0,10	1	0,10	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	10	0.18
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	0,10	2	0,25	—	—	1	0,14	1	0.15	2	0,42	7	0,13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,42	2	0,04
—	—	—	—	2	0,19	1	0,12	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0.05
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
2	0.78	—	—	1	0,10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,14	—	—	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.15	—	—	1	0,02
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	0,10	1	0,10	—	—	1	0,16	—	—	1	0,15	1	0,21	5	0.09
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	14,39	—	31,03	—	30,43	—	32,54	—	35,97	—	26,78	—	49,21	—	34,4	—	32,88

а ў 1926 г. з 7,38% (г. Слуцак) да 41,02% (Любаньскі раён). Наглядней гэта бачым з наступнай табліцы № 31.

ТАБЛІЦА № 31.

На 100 сьмярцей невядома ад чаго памёрла

	1925 г.	1926 г.		1925 г.	1926 г.
г. Слуцак . . .	1,17	7,38	Стара-Дароскі р.	2,61	18,71
Капыльскі р. . .	2,13	19,33	Грэскі р. . . .	0,63	14,53
Слуцкі р. . . .	2,84	20,33	Любаньскі р. .	42,75	41,02
Старобінскі р. .	20,08	20,71	Чырвона-Слабодзкі	2,53	15,24

Апошняя табліца выяўляе, што ў 1926 г. у параўнаньні з 1925 г. рэзка павялічыўся лік невядомых дыягнозаў па ўсім раёнам, у тым ліку і па самаму Слуцку. Асабліва дрэнна абстаіць справа ў Любаньскім раёне, дзе лік сьмяротнасьці без дыягнозаў складае ў 1925 г. 42,75%, а ў 1926 г.—41,02%, і ў Старобінскім раёне, дзе за два гады лік сьмярцей ад невядомых прычын складаў каля 20% усёй сьмяротнасьці; гэтак-жа дрэнна ў 1926 г. і па рэшце раёнаў.

Дыагноз „прастуда“ па дакладнасьці блізкі да групы невядомых дыагнозаў, як прычына сьмерці ўсяго, фігурыруе ў Слуцку, дзе ў 1925 г. яе зусім ня было, а ў 1926 г. яна адзначана толькі ў 2-х выпадках, г. зн. 0,78% усёй сьмяротнасьці; затое ў другіх раёнах яна прыметна і дае ў 1925 г. ад 4,06% у Старобінскім раёне, да 11,07% усёй сьмяротнасьці ў Чырвонаслабодзкім раёне, а ў 1926 г. ад 6,20% у Слуцкім раёне, да 14,03% у Стара-Дароскім. Гэта пацьвярджае выказаную мной вышэй думку, што пад дыагнозам „прастуда“ азначаліся выпадкі сьмярцей, дыагноз якіх дакладна ня быў вызначаны. З дзіцячых захворваньняў трэба адзначыць, што водра ў 1925 г. дала вельмі вялікую сьмяротнасьць па ўсіх раёнах, за выключэньнем Слуцку, а ў 1926 г. паўсюды рэзкае паменшаньне ў параўнаньні з 1925 г. Яскрава гэта відна з наступнай табліцы:

ТАБЛІЦА № 32.

	1925 г.	1926 г.		1925 г.	1926 г.
г. Слуцак . . .	3,11	0,39	Стара-Дароскі р. .	18,38	4,52
Капыльскі р. . .	13,43	2,78	Грэскі р. . . .	16,86	1,29
Слуцкі р. . .	17,49	1,26	Любаньскі р. . .	4,98	5,39
Старобінскі р.. .	15,83	4,44	Чырв.-Слабодзкі р.	12,03	1,25

Вельмі цікава было-б высьветліць, які процант наяўнага складу дзяцей памёрла ў 1925 г. ад водры. Трэба думаць, што вельмі вялікі, але ў мяне няма даных, колькі ўсяго лічылася дзяцей у 1925 і 1926 гг., дзеля гэтага я не магу вывесьці інтэнсыўнага паказальніка сьмяротнасьці ад водры. У адносінах наяўнага складу дзяцей азначаных узростаў, я думаю, што падзеньне сьмяротнасьці ад водры ў 1926 г. тлумачыцца не палепшаньнем быту і мэдыцынскага абслугоўваньня ў параўнаньні з 1925 г., але тым, што амаль усе дзеці ў 1925 г. перахварэлі на водру. Частка выздаравела, частка памёрла, і таму ўжо некаму было хварэць водрай у 1926 г., вось чаму ў гэтым годзе наглядаецца падзеньне сьмяротнасьці ад водры. У зьвязку з гэтым цікава пытаньне, праз які час зьяўляецца эпідэмія водры, г. зн. колькі часу патрэбна, каб награмадзіўся матар'ял для новай эпідэміі; на гэтае пытаньне я не магу адказаць за адсутнасьцю матар'ялу, але я думаю, што падыход з гэтага боку да эпідэміолёгіі водры даў-бы шмат новага, ці не таму сярод дарослых сустракаюцца толькі адзінкавыя выпадкі водры, што ў масе ўсе перахварэюць ужо ў дзяцінстве, а канстытуцыя дзіцяці і дарослага тут ня прычым?

У адносінах да шкарлятыны мы гэтак-жа бачым досыць стракаты малюнак па раёнах. За 1925 год ад 0,15% сьмяротнасьці ў Любаньскім раёне, да 12,03% у Слуцкім раёне, а за 1926 г. ад 2,90% у Стара-дароскім раёне да 13,09% у Грэскім раёне. Ясна гэта мы бачым з табліцы № 33.

ТАБЛІЦА № 33.

Сьмяротнасьць ад шкарлятыны за 1925 і 1926 г г. па раёнах у % да ўсёй сьмяротнасьці. (На 100 сьмярцей ад усіх прычын і ва ўсіх узростах памёрла ад шкарлятыны):

	1925 г.	1926 г.
г. Слуцак	6,23	10,51
Капыльскі р.	0,85	5,15
Слуцкі р.	12,03	9,58
Старобінскі р.	6,23	12,70
Стара-Дароскі р.	7,43	2,90
Грэскі р.	5,80	13,09
Любаньскі р.	0,15	9,28
Чыр.-Слабодзкі р.	3,13	3,97

У працілегласьць водры павялічэньне сьмяротнасьці ад шкарлятыны адзначаецца не ў 1925 г., а ў 1926 за выключэньнем Слуцкага і Стара-Дароскага раёнаў, дзе яна была вышэй у 1925 г. Аб рэшце захворваньняў па раёнах можна атрымаць весткі непасрэдна з табліцы № 30. Аб сьмяротнасьці ад сухотаў лёгкіх па раёнах я гаварыў вышэй (гл. табліцу № 26).

Застаецца адказаць на апошняе пытаньне. *Колькі-ж у сярэднім мы жывём?* Канешна, аб ступені мэдыка-санітарнага дабрабыту можна судзіць параўнаўча па інтэнсыўным паказальнікам, г. зн. шляхам высьвятленьня, колькі сьмярцей ад тэй ці іншай хваробы прыходзіцца на 10.000 насельніцтва, і шляхам параўнаньня атрыманых паказальнікаў з гэткімі ў іншых мясцовасьцях. Паколькі гэта датычыцца агульнай сьмяротнасьці, сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх, ад ТВС усіх форм, ад запаленьня лёгкіх і дзіцячай інфэкцыі, я гэтыя паказацелі вылічыў вышэй. Па рэшце хваробаў гэта лёгка зрабіць кожнаму, хто гэтага пажадае, бо ў прыведзеных вышэй матар'ялах маюцца дадзеныя аб ліку жыхароў (табліца № 2) і прыведзены бязумоўныя лічбы сьмярцей ад розных хвароб па ўсёй б. акрузе і па раёнах (табл. № 16 і 30). Але мне здавалася больш мэтазгодным вывесьці свой паказальнік мэдыка-санітарнага дабрабыту насельніцтва б. Слуцкай акругі, а іменна: я рашыў выявіць у бязумоўных лічбах сярэднюю працяжнасьць жыцьця за гады 1912, 13, 14, 25 і 26. Дзеля гэтага прышлося вылічыць агульны лік пражытага часу памёршымі і ўзяць сярэднюю арыфмэтычную, г. зн. падзяліць агульны лік пражытага ўсімі памёршымі на лік памёршых. Такім чынам я атрымаў бязумоўныя лічбы. (Падлічваўся ўвесь пражыты час, пачынаючы з першага дню жыцьця; ня прыймаліся пад увагу мёртванароджаныя).

Вынікі гэтых вылічэньняў паказаны ў табліцы № 34.

ТАБЛІЦА № 34.

Сярэдняя працяжнасьць жыцьця памёршых у 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г. у б. Слуцкім павеце і акрузе.

Гады	Сярэдняя працяжнасьць жыцьця
1912	24 гады, 7 мес. 6 дзён
1913	23 „ — —
1914	25 „ 3 мес. —
1925	22 „ — 7 дзён
1926	24 „ 4 мес. 15 „

Такім чынам аказваецца, што сярэдняя працяжнасьць жыцьця памёршых усіх узростаў за ўсе гады хістаецца каля 24 год, прычым паменшаньне мы маем у 1913 г. (23 г.) і ў 1925 г. (22 г. 7 дз.). У 1926 г. працяжнасьць жыцьця амаль што роўная гэткай у 1912 г.

Мы бачым, што за час існаваньня Савецкай мэдыцыны ў б. Слуцкай акрузе мы маем, як дасягненьне, паменшаньне дзіцячай сьмяротнасьці да 1 году, але ў агульным, у сувязі з яшчэ ня зжытымі бытавымі, жыльлёвымі і матар'яльнымі ўмовамі жыцьця насельніцтва, сярэдняя працяжнасьць жыцьця засталася такой-жа як у 1913 г., галоўным чынам з-за дзіцячых інфэкцыйных хвароб (водра, шкарлятына).

Мне здаецца, што гэты каэфіцыэнт (сярэдняя працяжнасьць жыцьця) павінен увайсьці ў абыход статыстычных вывадаў аб сьмяротнасьці насельніцтва, так як ён зьяўляецца сумарным вынікам усіх жыцьцёвых, бытавых і санітарна-эпідэміолёгічных умоў насельніцтва. У якім-бы ўзросьце ні наглядаліся палепшаньні або пагоршаньні памянёных умоў, гэта павінна абавязкова адазвацца на паказальніку. Цікавы хістаньні сярэдняй працяжнасьці жыцьця па раёнах за 1925 і 1926 г.г. (г. зн. пасьля раёнаваньня); аб гэтым гаворыць табл. № 35.

ТАБЛІЦА № 35.

Сярэдняя працяжнасьць жыцьця памёршых за 1925 і 26 г. па раёнах.

Раёны	1925 год	1926 год
г. Слуцак . . .	26 г., 7 м., 1 тыдз., $5^1/_2$ дз.	30 г., 7 мес., 20 дзён
Капыльскі р-н .	26 г., 10 м., 1 тыдз., 3 дні	27 „ 4 „ 22 дні
Слуцкі р-н . .	17 г., 7 м., 2 т., 2 дні	24 „ 3 „ —
Любаньскі р-н .	20 г., 3 м., 2 т., $5^1/_2$ д.	21 „ 2 „ 2 тыдні
Грэскі р-н. . .	20 г., 6 мес., 4 тыдні	24 „ 1 „ 28 дзён.
Старобінскі р-н .	18 г., 11 мес., 4 дні	22 „ 9 „ 16 „
Стара-Дароскі р. .	21 г., 8 м., 1 т., 1 дзень	19 „ 7 „ 11 „
Чырв.-Слабодзкі р.	23 г., 6 м., 2 т., 4 дні	24 „ 11 „ —

Як бачым хістаньні сярэдняй працяжнасьці жыцьця памёршых досыць вялікія: ад 17—26 г. у 1925 г. і ад 19—30 у 1926 г. Найбольшую працяжнасьць жыцьця памёршых за 2 гады даюць: г. Слуцак (каля 26 г. у 1925 г. і каля 30 г. у 1926) і Капыльскі раён (каля 26 г. у 1925 г. і каля 27 г. у 1926 г.), самую малую—Слуцкі раён: у 1925 г. (у сувязі з эпідэміей шкарлятыны і водры)—каля 17,5 г. і Стара-Дароскі раён у 1926 г. каля 19,5 г.

Каэфіцыэнт сярэдняй працяжнасьці жыцьця характарызуе мэдыка-санітарны дабрабыт гэтых раёнаў.

ВЫВАДЫ.

1) Вывучэньне сьмяротнасьці ад сухотаў трэба праводзіць у сувязі з вывучэньнем агульнай сьмяротнасьці ад іншых хвароб, таксама з агульным знаёмствам з умовамі жыцьця насельніцтва.

2) Разглядаемыя матар'ялы на 90—95% характарызуюць беларускую вёску б. Слуцкай акругі.

3) Пры распрацоўцы матар'ялаў аб сьмяротнасьці ў б. Слуцкай акрузе за 1912, 13, 14, 25 і 26 г.г. выяўлена, што 8,87% усіх сьмярцей за 1925 г. і 20,75% за 1926 г. зарэгістравана без паказаньня ад чаго была сьмерць. Прычынай таму зьяўляецца тое, што ў апошні час рэгіструецца сьмерць па даведкам сельсаветаў, без даведак мэдпэрсаналу (арганізацыйная небясьпечнасьць).

4) Наяўнасьць вялікай групы сьмярцей бяз дыагнозаў за 1925 і 1926 г. робіць уплыў на нашы агульныя статыстычныя вывады, і гэта трэба

прымаць пад увагу пры іх вывучэньні. Усяго ў гэтай працы падпала вывучэньню 29.167 сьмярцей, меўшых месца за гэтыя гады ў б. Слуцкім павеце, а потым Слуцкай акрузе.

5) Кароткая характарыстыка б. Слуцкай акругі: агульная плошча па перапісу 1917 г.—819.308 дзесяцін, з якіх нягоднай 57.167 дзесяцін, лясная плошча—24% усёй карыснай зямлі. Залюднёных пунктаў 2.162, у тым ліку: 1 горад, 5 мястэчак, 2 гандлёва-прамысловых сяла, рэшта складаецца з вёсак, сёл, лясных вартоўняў і інш. У горадзе і 5 мястэчках усяго 29.185 чалавек (па перапісу 1926 г.), у сельскіх мясцовасьцях 280.292 чалавека, усяго ў б. Слуцкай акрузе 309.477, з якіх мужчын—151.537, жанчын—157.940. Нацыянальны склад: асноўная маса, 90% беларусаў і 10% яўрэяў. Разьмеркаваньне іх: у горадзе і мястэчках звыш 50% яўрэяў і менш 50% беларусаў, у сельскіх мясцовасьцях 95—98% беларусоў і каля 2—5% яўрэяў.

Натуральны рух: штогодні прырост каля 2%. Аб мэханічным руху сельскага насельніцтва вестак няма.

6) Па характару свайму б. Слуцкая акруга—сельска-гаспадарчая.

7) Агульная характарыстыка запісаў: хоць у апошнія гады рэгістрацыя прычын сьмярцей працякае горш чым у даваенныя гады (калі лічыць, што дыагнозы, пастаўленыя папамі на падставе роспытаў сваякоў памёршых, маюць вартасьць), але сярод пастаўленых дыягнозаў больш сапраўдных і менш недарэчных дыягнозаў 1925 і 1926 г. у параўнаньні з даваенным гадамі. Ад знаёмства з недарэчнымі дыягнозамі атрымліваем уражаньне аб агульным узроўні мэдыка-санітарнай пісьменнасьці насельніцтва (разгляд недарэчных дыягнозаў гл. вышэй).

8) Сьмяротнасьць ад старасьці (вышэй за 60 год) хістаецца ўсе гады вакол 18% усёй сьмяротнасьці. Маецца зьніжэньне гэтага проценту ў 1925 г. (да 14%) і ў 1913 г. (да 16,51%, што выклікана рэзкім павялічэньнем дзіцячай сьмяротнасьці ў гэтыя гады ад водры і шкарлятыны). У ўзросьце вышэй 100 год у сярэднім памёрла за 5 год 0,06% усёй сьмяротнасьці, г. зн. на ўзрост вышэй 100 год падае прыблізна 1 на 1500 паміраючых.

9) У 1925 і 1926 г. г. мы маем у параўнаньні з даваеннымі гадамі паменшаньне дзіцячай сьмяротнасьці ў узросьце да 1 году выключна на 5-6% усей сьмяротнасьці: 31,62% у 1912 г., 31,14% у 1913 г., 32,71% у 1914 г., 25,53% у 1925 г. і 26,11% у 1926 г., што можна тлумачыць посьпехам дзейнасьці Ахматмладу; але гэтае дасягненьне зьніжаецца павышэньнем на той-жа процант (5-6%) сьмяротнасьці ў 1925 і 1926 г. г. у ўзросьце роўна ў 1 год, а ў узросьце да 5 год уключна мы ў 1925 і 1926 г. маем нават павышэньне дзіцячай сьмяротнасьці прыблізна на 6%, ад розных заразных дзіцячых хвароб: водра, шкарлятына і інш. У выніку ўзрост да 5 год уключна дае больш паловы ўсёй сьмяротнасьці (50,94% у 1912 г., 53,65% у 1913 г., 50,35% у 1914 г., 56,69% у 1925 г. і 51,92% у 1926 г.). Найвышэйшая дзіцячая сьмяротнасьць у 1925 г. тлумачыцца вялікай эпідэміяй водры і ў меншай ступені эпідэміяй шкарлятыны і коклюшу. У агульнай суме дзіцячая сьмяротнасьць да 5 год уключна ў 1925 г. была на $12^1/_2$% вышэй чым у 1912 г.

10) Пасьля 5 гадоў крывая сьмяротнасьці рэзка падае (да $3^1/_2$% усёй сьмяротнасьці), потым паступова яшчэ больш зьменшаецца, дасягнуўшы мінімуму ў узросьце 31—35 (каля 20%), а затым зноў павышаецца, дасягаючы 2-х новых максымумаў у ўзросьце 55—60 г. каля 4% і 66—70 г. каля $4^1/_2$% агульнай сьмяротнасьці.

11) Хваробы, якія далі сьмяротнасьць дзяцей: сьмяротнасьць дзяцей ад паносу паступова падае (10,45% усёй сьмяротнасьці ў 1912 г., 4,88%

у 1913, 4,85% у 1914 г., 2,66% у 1925 г. (зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці ад паносу ў 1925 г. тлумачыцца павышэньнем сьмяротнасьці ад водры ў гэтым годзе) і 3,73% у 1926 г.

Востра-заразныя захворваньні: сьмяротнасьць ад шкарлятыны з году ў год расьце: у 1926 г. яна павялічылася амаль у 2 разы ў параўнаньні з 1912 і 1913 г.г. і амаль у 4 разы ў параўнаньні з 1914 г., а іменна: у 1912 г.—4,16% усёй сьмяротнасьці, у 1913 г.—4,01% усёй сьмяротнасьці, у 1914 г.—1,37%, у 1925 г.—5,74%, у 1926 г.—8,45% усёй сьмяротнасьці. У 1925 і 1926 г.г. сьмяротнасьць ад шкарлятыны ў б. Слуцкай акрузе была ў 2-3 разы больш чым у гарадох і мястэчках БССР.

Водра дае вялізарную сьмяротнасьць у 1925 г., а іменна: 14,23% усёй сьмяротнасьці, і ў 2 разы меншую у 1913 г.—7,35%; у астатнія гады яна трымаецца амаль на адным узроўні каля 2½% усёй сьмяротнасьці і амаль роўна сьмяротнасьці ад водры ў гарадох Беларусі, Украіны і РСФСР. Вельмі важна перакінуць супроцьшкарлятынозныя прышчэпкі ў вёску і павесьці барацьбу з забабонамі насельніцтва пры лячэньні водры (баяцца вады). Водра і шкарлятына ў нашых умовах жыльля, навыку і па колькасьці ўнасімых імі ахвяр, трэба аднесьці да сацыяльных хвароб.

12) З інфектыўных хвароб, якія выклікаюць сьмерць дарослых: тыфусы даюць у апошнія гады прыметнае паніжэньне (2,66% у 1912 г., 2,21%—у 1913 г., 3,14%—у 1914 г., 1,09%—у 1925 г., 0,70%—у 1926 г.). Крывавы панос дае зьмяншэньне ў 1926 г. (1,23%—у 1912 г., 2,05%—у 1913 г., 1,18%—у 1914 г., 1,14%—у 1925 г., 0,18%—у 1926 г.). Нагул тыфусы і крывавы панос ня так распаўсюджаны ў нас.

13) Сухоты лёгкіх і запаленьне лёгкіх. Сьмяротнасьць ад сухотаў лёгкіх хістаецца ўсе гады каля 10—12% усёй сьмяротнасьці, а сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх каля 12—16% усёй сьмяротнасьці. Маючаяся паменшаньне сьмяротнасьці ад тбк лёгкіх у 1925 г. (7,90% ўсёй сьмяротнасьці) і 1926 г. (7,34%) трэба лічыць нерэальным, паколькі маецца вялікая колькасьць сьмярцей без дыагнозаў за гэтыя годы. Трэба думаць, што лічбы сьмярцей ад ТВС некалькі зьменшаны: 1) з-за групы невядомых дыагнозаў, 2) з-за таго, што сяляне па сацыяльна-бытавых прычынах часта хаваюць, што ў іх сям'і маюцца сухоты, 3) часта сухотных хворых з-за недасканаласьці дыагностыкі, асабліва па раёнах, запісваюць у графе запаленьне лёгкіх, радзімчык, канвульсіі.

14) ТВС усіх форм дае 11—13% усёй сьмяротнасьці.

15) Інтэнсыўны паказальнік сьмяротнасьці ад тбк лёгкіх за гады 1912, 13, 14 і 25 складаюць ня менш 17-18 на 10.000 насельніцтва, а ў 1926 г. па раёнах, дзе рэгістрацыя лепш (г. Слуцку і ў Слуцкім раёне) да 14—16% на 10.000 насельніцтва; інтэнсыўны паказальнік сьмяротнасьці ад ТВС усіх форм складае 19—20% на 10.000 насельніцтва. У гэтай адносіне б. Слуцкая акруга стаіць сьпераду ўсіх гарадоў Беларусі і ўступае толькі 6-ці буйным яе гарадом. У параўнаўчай табліцы яна займае 12-ае мейсца ў Эўропе. Сам горад Слуцак дае сьмяротнасьць ад тбк роўную гэткай ва ўсіх гарадох Беларусі.

16) Інтэнсыўныя паказальнікі сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх хістаюцца паміж 19 і 29 з падскокам у 1925 г. да 33 (быўш. эпідэмія водры) на 10.000 насельніцтва.

17) Крывая сьмяротнасьці ад сухотаў лёгкіх па ўзростам рэзка адрозьніваецца ад гэткай пры запаленьні лёгкіх: ад запаленьня лёгкіх гінуць галоўным чынам дзеці да 3-х год (у сярэднім за 4 гады гэты ўзрост дае 54,52% ўсёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх); потым крывая сьмяротнасьці падае. Найменшую сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх дае ўзрост у 15—29 г. (усяго ў гэтым узросьце за 4 гады загі-

нула 10,38% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх); Пачынаючы з 40 год сьмяротнасьць ад запаленьня лёгкіх зноў павышаецца, даючы ў узросьце звыш 60 год 8—15% усёй сьмяротнасьці ад запаленьня лёгкіх.

Пры ТВС лёгкіх зьявішча якраз наадваротнае: сьмяротнасьць у раннія гады параўнаўча невялікая: на ўзрост да 3-х год уключна за тыя-ж 4 гады падае 10,85% усёй сьмяротнаеьці ад ТВС лёгкіх; у наступным узросьце (3—7 г.) як і пры запаленьні лёгкіх сьмяротнасьць яшчэ больш паніжаецца, але пачынаючы з 8 год, у працілегласьць таму, што мы маем пры запаленьні лёгкіх, сьмяротнасьць ад ТВС лёгкіх пачынае павышацца, даючы ў узросьце 15—39 г. 46,36% усёй сьмяротнасьці ад сухотаў лёгкіх. Каротка кажучы: ад запаленьня лёгкіх гінуць галоўным чынам дзеці да 3-х год уключна, ад ТВС лёгкіх гінуць галоўным чынам у ўзросьце 15—39 год.

18) Крывая сьмяротнасьці ад ТВС лёгкіх і запаленьня лёгкіх па роду: да 8 год сьмяротнасьць ад гэтых хвароб амаль аднолькавая сярод хлопчыкаў і сярод дзяўчынак (маецца толькі невялікае пераважаньне сьмерці сярод хлопчыкаў); з 8 год да 39 г. уключна сьмяротнасьць сярод жанчын ад гэтых хвароб вышэй, чым сярод мужчын; у ўзросьце ад 40 г. адзначаецца розьніца: ад запаленьня лёгкіх сьмяротнасьць сярод жанчын прадаўжае пераважаць над сьмяротнасьцю сярод мужчын, а ад ТВС лёгкіх у ўзросьце 40—50 г. сьмяротнасьць сярод жанчын і мужчын амаль аднолькавая, а звыш 50 г. пераважае сярод мужчын.

19) Сьмяротнасьць па нацыянальнасьці не распрацавана, але прымаючы пад увагу нацыянальны склад насельніцтва, ступень распаўсюджаньня ТВС сярод жывых (дадзеныя 2-х прызываў), цячэньне працэсу па матар'ялам сухотнага дыспансэру (у сялян працякае больш цяжка, чым у гарадзкіх) трэба лічыць, што матар'ялы па ТВС і іншых хваробах на 90—95% характарызуюць сьмяротнасьць сярод сялянства беларускай вёскі.

20) Сьмяротнасьць па раёнах: у 1926 г. рэзка павялічыўся лік невядомых дыагнозаў па ўсіх раёнах у тым ліку і па Слуцку і моцна хістаецца па паасобных раёнах, даходзячы ў некаторых (Любаньскі раён) да 42,75% усёй сьмяротнасьці ў гэтым раёне. Гэткія-ж хістаньні дае дыагноз „прастуда", які менш за ўсё дае Слуцак. Водра ў 1925 г дае вельмі вялікую сьмяротнасьць па ўсіх раёнах за выключэньнем Слуцку (да 18,38% у Старо-Дароскім раёне), а ў 1926 г. водра дае рэзкае зьмяншэньне. Шкарлятына гэтак сама дае стракаты малюнак па паасобных раёнах (да 13,09% усёй сьмяротнасьці ў Грэскім раёне).

21) Ва ўсе годы сярэдняя працяжнасьць жыцьця ўсіх памёршых за год (мой паказальнік) хістаецца паміж 22 гадамі 7 дзён у 1925 г. і 24 г. 7 мес. 6 дзён у 1912 годзе.

22) Мой паказальнік сярэдняй працяжнасьці жыцьця павінен увайсьці ў абыход статыстычных вывадаў, так як ён дае бязумоўную велічыню працяжнасьці жыцьця без залежнасьці ад іншых зьменчывых вялічынь: нараджальнасьці, велічыні насельніцтва і інш., якія могуць хістацца ад пабочных прычын.

23) Паказальнік сярэдняй працяжнасьці жыцьця па раёнах б. Слуцкай акругі моцна хістаецца: у сярэднім ад 26 г. у 1925 г. і 30 г. у 1926 г. па г. Слуцку, да 18 г. у 1925 г. па Старобінскаму раёну і 19 г. у 1926 г. па Стара-Дароскаму раёну.

Гэта характарызуе мэдыка-санітарны дабрабыт насельніцтва гэтых раёнаў.

Гадавая ведамасьць аб руху заразьлівых хвароб за 1928 год па месяцох па БССР.

НАЗВА МЕСЯЦАЎ	ЛІК ЗАХВАРЭНЬНЯЎ ЭПІДЭМІЧНЫЯ: Тыфусы: Высыпны	Зваротны	Брушны	Неазначаны	Крываўка	Паратыфус	Шкарлятына	Воспа натуральн.	Водра	Дыфтэрыт	Коклюш	Ружа	Эпід. паратыт	Летарг. энцэфал.	Грып	Цэр. менінгіт	Халера	Чума	Прак аза	Поліоміэліт	Трасца
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
УСЯГО па БССР	3741	38	1981	410	1471	656	14735	58	25928	4239	2423	2383	9162	42	140862	1039	—	—	—	19	14432
Студзень	480	6	250	45	65	58	1714	3	3040	414	404	196	1127	5	13747	80	—	—	—	3	161
Люты	337	2	251	53	72	68	1499	4	2661	408	494	176	1399	5	17695	130	—	—	—	—	198
Сакавік	550	2	198	36	83	48	1656	7	2540	496	447	198	1915	3	13861	196	—	—	—	2	595
Красавік	628	3	155	23	62	16	1190	1	1690	352	368	163	1172	2	7510	150	—	—	—	1	1686
Май	535	2	163	27	77	24	1300	7	1808	388	496	182	902	8	10552	119	—	—	—	1	3514
Чэрвень	275	2	134	25	126	56	1139	6	1606	337	945	154	451	4	10223	103	—	—	—	2	3735
Ліпень	163	2	97	37	157	55	998	9	1868	258	1255	212	329	3	8249	43	—	—	—	1	2275
Жнівень	85	4	139	28	346	61	797	7	1593	261	1209	177	235	2	7199	46	—	—	—	2	1158
Верасень	90	7	134	32	247	112	853	4	1216	275	1135	221	175	3	8454	40	—	—	—	1	578
Кастрычнік	62	3	148	28	122	53	1191	4	2290	360	816	242	278	4	8741	38	—	—	—	2	256
Лістапад	150	—	145	42	57	64	1149	3	2479	352	895	236	516	3	13286	37	—	—	—	3	160
Сьнежань	386	5	167	34	57	41	1249	3	3137	338	959	226	663	—	21345	57	—	—	—	1	116

Працяг табліцы.

НАЗВА МЕСЯЦАЎ	Шаленства	Сібірская язва	Радзільная гарачка	Стаўбняк	Сап	Трыпэр	Мяккі шанкер	Пранцы: Усяго	Пранцы, з іх: I ст.	Пранцы, з іх: II ст.	Пранцы, з іх: III ст.	Сухоты: Усяго	Сухоты, з іх: Лёгкіх	Сухоты, з іх: Касьцей	Сухоты, з іх: Залоз	Сухоты, з іх: Скуры(ваўч.)	Сухоты, з іх: Іншых орган.	Пакус шалён. жывёл	Цынга	Трахома	Пархі	Кароста	Усяго
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
УСЯГО па БССР	10	34	195	39	—	5514	247	6254	599	2633	3022	66119	48541	5503	8440	812	2823	3761	1633	40440	5987	91768	452620
Студзень	—	5	24	1	—	565	5	987	90	615	282	6163	4563	424	847	47	282	303	124	3799	452	9371	43597
Люты	2	3	20	2	—	465	12	612	68	265	279	5749	4284	395	763	40	267	284	151	3100	443	9615	45910
Сакавік	2	1	28	3	—	418	15	637	56	274	307	7560	5690	552	964	62	292	328	161	4087	560	10113	46746
Красавік	4	9	15	—	—	416	33	505	63	204	238	5380	4050	377	683	60	210	261	125	2788	373	7501	32582
Май	—	3	13	4	—	470	13	478	46	186	246	6773	5030	557	833	89	264	349	150	3917	483	7077	39835
Чэрвень	—	1	14	6	—	414	17	480	35	200	245	6333	4794	498	682	74	285	381	154	4240	564	7036	38963
Ліпень	1	2	8	10	—	427	21	490	37	128	325	5417	4124	508	508	87	190	388	155	3775	448	6624	33777
Жнівень	—	2	9	6	—	495	37	469	56	167	246	4243	3049	429	517	68	180	430	138	2582	453	5504	27717
Верасень	—	1	11	2	—	519	28	445	34	157	254	4416	3096	536	554	71	159	361	113	2681	583	6661	29398
Кастрычнік	1	4	15	2	—	403	25	345	29	136	180	4554	3149	442	674	71	218	205	99	3108	536	6331	30266
Лістапад	—	1	22	3	—	501	20	352	27	131	194	4738	3294	417	693	77	257	265	132	2983	531	8044	37169
Сьнежань	—	2	16	—	—	421	21	454	58	170	226	4793	3418	368	722	66	219	206	131	3380	561	7891	46660

Гадавая сводка аб руху заразьлівых

Насельніцтва на 1 студзеня 1928 г.	ТЭРЫТОРЫЯ	Л	І	К			
		Э		П		І	
		Тыфусы					
		Высыпны	Зваротны	Брушны	Неазначаны	Крываўка	Паратыфус
		1	2	3	4	5	6
5087970	УСЯГО па БССР	3741	38	1981	410	1471	656
494597	У тым ліку у акруг. гарадох	125	4	442	60	98	209
4593373	У тым ліку у інш. мясцов	3616	34	1539	350	1373	447
53464	Бабруйск	7	—	49	2	2	17
681382	Інш. мясцов	452	8	284	29	227	64
102482	Віцебск	20	—	83	12	6	15
492902	Інш. мясцов.	332	3	107	41	261	94
89807	Гомель	11	—	92	21	23	13
598909	Інш. мясцов.	201	3	170	34	52	56
136890	Менск	26	2	149	6	13	18
761651	Інш. мясцов.	291	8	212	54	282	38
52004	Магілеў	19	1	20	6	18	10
788846	Інш. мясцов.	1336	5	359	107	204	57
10076	Мазыр	13	1	2	—	18	88
351843	Інш. мясцов.	182	1	73	18	101	81
22978	Ворша	28	—	9	12	12	18
561666	Інш. мясцов.	726	2	254	50	163	34
26896	Полацак	1	—	38	1	6	30
356174	Інш. мясцов.	96	4	80	17	83	23
УСЯГО прайшло зьняв. за год—40934	Захвор. у спраўдамох	7	—	1	—	7	4

хвароб за 1928 год па БССР.

З А Х В А Р Э Н Ь Н Я Ў														
Д Э М І Ч Н Ы Я														
Шкарлятына	Воспа натуральн.	Водра	Дыфтэрыт	Коклюш	Ружа	Эпід. паратыт	Летарг. энцэфал.	Грып	Цэр. менінгіт	Халера	Чума	Праказа	Поліомізліт	Трасца
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
14735	58	25928	4239	9423	2383	9162	42	140862	1039	—	—	—	19	14432
2917	7	6191	631	2148	516	1242	12	34699	203	—	—	—	5	2833
11818	51	19737	3608	7275	1867	7920	30	106163	836	—	—	—	14	11599
108	—	959	70	109	57	466	—	4708	7	—	—	—	—	143
2703	4	2529	771	2039	425	1267	6	19036	89	—	—	—	1	1671
706	—	809	120	855	101	284	4	4560	11	—	—	—	—	28
1243	4	1909	221	1152	154	1175	1	7748	21	—	—	—	—	124
603	2	1366	91	361	103	139	—	3766	77	—	—	—	3	922
1048	5	2742	319	848	322	688	4	15884	141	—	—	—	6	4302
618	2	1809	206	391	160	50	8	13773	84	—	—	—	2	102
1991	8	4196	786	997	368	1152	6	19554	225	—	—	—	2	284
356	1	712	66	242	54	49	—	3447	15	—	—	—	—	19
1770	15	3125	758	831	204	1423	2	15327	180	—	—	—	4	286
197	2	135	13	2	8	25	—	1058	—	—	—	—	—	1604
992	4	1637	300	642	131	761	2	9363	23	—	—	—	—	4753
150	—	220	43	34	4	14	—	1666	—	—	—	—	—	6
1834	9	2301	313	383	163	811	7	14706	90	—	—	—	1	123
179	—	181	22	154	29	215	—	1721	9	—	—	—	—	9
237	2	1298	140	383	100	643	2	4545	67	—	—	—	—	56
4	—	—	2	—	18	—	—	1149	3	—	—	—	—	83

Насельніцтва на 1 студзеня 1928 г.	ТЭРЫТОРЫЯ	Л			І			К
							І	Н
		Шаленства	Сібірская язва	Радзільная гарачка	Стаўбняк	Сап	Трыпэр	Мяккі шанкер
		22	23	24	25	26	27	28
5087970	УСЯГО па БССР	10	34	195	39	—	5514	247
494597	У тым ліку { у акруг. гарадох	—	18	11	22	—	3885	208
4593373	У тым ліку { у інш. мясцов.	10	16	184	17	—	1629	39
53464	Бабруйск	—	—	—	—	—	332	3
681382	Інш. мясцов.	3	2	23	2	—	286	4
102482	Віцебск	—	—	—	—	—	877	19
492902	Інш. мясцов.	1	2	2	—	—	73	7
89807	Гомель	—	—	—	3	—	785	5
598909	Інш. мясцов.	2	8	37	3	—	422	5
136890	Менск	—	8	10	12	—	957	164
761651	Інш. мясцов.	2	—	64	5	—	276	10
52004	Магілеў	—	10	1	2	—	280	2
788846	Інш. мясцов.	—	1	21	3	—	297	2
10076	Мазыр	—	—	—	—	—	200	1
351843	Інш. мясцов.	—	2	6	1	—	140	3
22978	Ворша	—	—	—	—	—	297	1
561666	Інш. мясцов.	—	1	15	1	—	66	4
26896	Полацак	—	—	—	5	—	157	13
356174	Інш. мясцов.	2	—	16	2	—	69	4
УСЯГО прайшло зьпяв. за год—40934.	Захвор. у спраўдамох	—	—	—	—	—	139	6

Працяг табліцы.

Захварэньняў — фэкцыйныя															
Пранцы				Сухоты											
	З іх:				З іх:										
Усяго	I ст.	II ст.	III ст.	Усяго	Лёгкіх	Касьцей	Залоз	Скуры (ваўч.)	Іншых орган.	Пакус шалёных жывёл	Цынга	Трахома	Пархі	Кароста	Усяго
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
6254	599	2633	3022	66119	48541	5503	8440	812	2823	3761	1633	40440	5987	91768	452620
2286	262	1248	776	20558	12812	1372	4505	253	1616	1461	91	5440	3263	4661	94246
3968	337	1385	2246	45561	35729	4131	3935	559	1207	2300	1542	35000	2724	87107	358374
124	21	126	47	3166	1946	551	375	73	221	—	—	572	461	994	12426
443	102	169	172	8548	6571	903	764	124	186	373	434	3616	385	9893	55617
843	69	397	377	2356	1681	134	508	17	16	341	1	502	469	850	13872
1632	48	288	1296	4889	3734	424	373	90	268	243	88	3564	124	9291	34506
339	65	220	54	2759	1784	128	488	14	345	442	32	2284	8	450	14700
327	15	154	158	5866	4466	448	624	116	212	412	293	2529	259	19019	56007
331	29	194	108	6281	3442	196	2280	84	279	71	—	619	1646	845	28363
300	54	115	131	7455	5650	722	827	82	174	317	189	5243	677	12697	57689
101	13	55	33	672	394	168	59	12	39	1	54	322	168	371	7019
240	26	113	101	4726	3397	637	532	47	113	609	186	11306	575	13001	56960
137	24	87	26	1206	954	18	166	19	49	310	—	56	78	280	5434
142	34	40	68	4358	3753	241	291	14	59	32	258	803	212	5417	30438
147	21	71	55	2414	1738	76	451	32	117	294	4	735	205	153	6466
512	26	336	150	6213	5427	371	278	34	103	270	59	4516	269	8678	42574
194	20	98	76	1704	873	101	178	2	550	2	—	350	228	718	5966
372	32	170	170	3506	2731	385	246	52	92	44	35	3423	223	9111	24583
182	17	118	47	354	309	19	9	1	16	—	6	86	5	412	2468

Насельніцтва на 1 студзеня 1928 г.	ТЭРЫТОРЫЯ	З	І	Х			
		Э	П	І			
		Тыфусы					
		Высыпны	Зваротны	Брушны	Неазначаны	Крываўка	Паратыфус
		1	2	3	4	5	6
5087970	УСЯГО па БССР	1143	10	758	82	82	97
494597	У тым ліку { у акруг. гарадох. .	201	2	383	26	26	59
4593373	У тым ліку { у інш. мясцов. . .	942	8	375	56	56	38
53464	Бабруйск.	9	—	72	—	—	1
681382	Інш. мясцов.	85	—	55	5	1	2
102482	Віцебск	35	2	96	24	12	16
492902	Інш. мясцов.	93	—	29	3	6	6
89807	Гомель	30	—	69	—	2	5
598909	Інш. мясцов.	65	—	74	10	8	13
136890	Менск.	20	—	100	2	1	6
761651	Інш. мясцов.	61	3	52	13	4	1
52004	Магілеў	18	—	10	—	6	6
788846	Інш. мясцов.	328	1	80	21	23	9
10076	Мазыр	42	—	1	—	3	8
351843	Інш. мясцов.	31	3	6	1	1	5
22978	Ворша	46	—	14	—	2	5
561666	Інш. мясцов.	254	1	63	—	—	—
26896	Полацак	1	—	21	—	—	12
356174	Інш. мясцов.	25	—	16	3	13	2
УСЯГО прайшло зьняв. за год—40934.	Захвор. у спраўдамох	—	—	—	—	—	—

Працяг табліцы.

Ш П І Т А Л І З А В А Н А														
Д Э М І Ч Н Ы Я														
Шкарлятына	Воспа натур.	В о д р а	Дыфтэрыт	К о к л ю ш	Р у ж а	Эпід. паратыт	Летарг. энцэфал.	Г р ы п	Цэр. менінгіт	Х а л е р а	Ч у м а	П р а к а з а	Поліоміэліт	Трасца
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
3403	5	370	492	39	343	49	7	4325	380	—	—	—	5	881
2263	2	154	246	20	236	24	1	1462	148	—	—	—	3	215
1140	3	216	246	19	107	25	6	2863	232	—	—	—	3	666
49	—	4	1	5	36	3	—	61	18	—	—	—	—	5
252	—	1	15	1	5	5	—	321	9	—	—	—	—	53
786	—	11	76	8	36	8	—	374	5	—	—	—	—	8
54	—	5	7	1	2	3	—	78	2	—	—	—	—	5
389	—	2	13	—	10	—	—	306	28	—	—	—	—	103
82	—	66	27	8	35	6	3	521	62	—	—	—	3	272
415	1	87	84	—	112	1	—	323	73	—	—	—	2	31
295	2	21	72	8	28	3	1	522	72	—	—	—	—	7
182	—	20	36	5	18	1	—	234	13	—	—	—	—	4
214	—	92	93	—	18	6	1	367	56	—	—	—	—	15
158	1	4	13	—	4	11	—	106	1	—	—	—	—	58
11	—	12	7	1	11	2	1	460	21	—	—	—	—	310
224	—	24	14	1	15	—	1	15	2	—	—	—	—	1
197	1	7	21	—	4	—	—	390	9	—	—	—	—	2
60	—	2	9	1	5	—	—	43	8	—	—	—	—	5
5	—	12	4	—	4	—	—	204	1	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Насельніцтва на 1 студзеня 1928 г.	ТЭРЫТОРЫЯ	З				І		Х
							І	Н
		Шаленства	Сібірская язва	Радзільная гарачка	Стаўбняк	Сап	Трыпэр	Мяккі шанкер
		22	23	24	25	26	27	28
5087970	УСЯГО па БССР	2	25	58	30	—	217	30
494597	У тым ліку у акруг. гарадох	—	16	10	19	—	75	27
4593373	У тым ліку у інш. мясцов.	2	9	48	11	—	142	3
53464	Бабруйск	—	—	—	2	—	—	—
681382	Інш. мясцов.	—	2	3	1	—	1	—
102482	Віцебск	—	1	—	—	—	12	—
492902	Інш. мясцов.	—	—	—	—	—	—	—
89807	Гомель	—	—	—	1	—	—	—
598909	Інш. мясцов.	—	7	14	3	—	70	—
136890	Менск	—	7	10	9	—	34	25
761651	Інш. мясцов.	—	—	11	5	—	—	—
52004	Магілеў	—	7	—	2	—	10	1
788846	Інш. мясцов.	—	—	8	—	—	57	—
10076	Мазыр	—	1	—	—	—	8	—
351843	Інш. мясцов.	—	—	—	1	—	8	1
22978	Ворша	—	—	—	—	—	—	—
561666	Інш. мясцов.	—	—	6	1	—	—	—
26896	Полацак	—	—	—	5	—	11	1
356174	Інш. мясцов.	2	—	6	—	—	6	2
УСЯГО прайшло зьвяв. за год—40934.	Захвор. у спраўдамох	—	—	—	—	—	—	—

Працяг табліцы.

Шпіталізавана фэкцыйныя: Пранцы — Усяго	Пранцы — З іх: I ст.	Пранцы — З іх: II ст.	Пранцы — З іх: III ст.	Сухоты — Усяго	Сухоты — З іх: Лёгкіх	Сухоты — З іх: Касьцей	Сухоты — З іх: Залоз	Сухоты — З іх: Скуры (ваўч.)	Сухоты — З іх: Іншых орг.	Пакус шалёных жывёл	Цынга	Трахома	Пархі	Кароста	Усяго
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
905	44	454	407	2583	2077	137	247	64	58	108	29	808	561	263	18090
664	22	316	326	1564	1209	56	207	62	30	24	27	509	536	120	9061
241	22	138	81	1019	868	81	40	2	28	84	2	299	25	143	9029
58	2	42	14	201	186	13	2	—	—	—	—	43	26	—	594
7	2	—	5	140	125	9	2	—	4	2	—	1	12	—	979
473	9	183	281	304	293	9	2	—	—	—	—	70	17	22	2396
6	—	—	6	70	67	3	—	—	—	1	—	9	—	—	380
2	1	—	1	22	18	1	—	—	3	22	2	—	—	1	1007
138	6	90	42	124	92	19	12	—	1	26	2	11	—	1	1651
78	5	54	19	897	592	22	198	61	24	—	—	67	492	5	2882
16	4	8	4	451	398	22	18	1	12	—	—	108	1	1	1758
11	4	7	—	25	21	4	—	—	—	—	24	38	1	82	754
59	1	37	21	79	60	10	2	1	6	50	—	123	3	8	1711
12	—	11	1	51	50	—	—	—	1	2	—	16	—	1	501
9	6	3	—	86	73	8	1	—	4	2	—	1	—	—	1021
—	—	—	—	9	9	—	—	—	—	—	1	171	—	9	554
1	1	—	—	22	21	1	—	—	—	—	—	17	—	2	998
30	1	19	10	55	40	7	5	1	2	—	—	104	—	—	373
5	2	—	3	47	32	9	5	—	1	3	—	29	9	131	531
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Гадавая ведамасьць аб руху заразьлівых

НАЗВА ЛЕКАВЫХ УСТАНОЎ	Л І К З А																				
	ЭПІДЭМІЧНЫЯ																				
	Тыфусы																				
	Высыпны	Зваротны	Брушны	Неазначаны	Крываўка	Паратыфус	Шкарлятына	Воспа натуральн.	Водра	Дыфтэрыт	Коклюш	Ружа	Эпід. паратыт	Летарг. энцэфал.	Грып	Цэр. менінгіт	Халера	Чума	Праказа	Поліомізліт	Трасца
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	Захварваемасьць у																				
Бабруйск	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	103	—	—	—	—	—	9
Слуцак	—	—	—	—	2	—	4	—	—	2	—	3	—	—	97	1	—	—	—	—	3
Віцебск	3	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	7	—	—	259	—	—	—	—	—	6
Гомель	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	242	1	—	—	—	—	39
Рэчыца	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Менск	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	147	—	—	—	—	—	2
Барысаў	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	41	—	—	—	—	—	—
Магілеў	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95	1	—	—	—	—	1
Чэрыкаў	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	2
Мазыр	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—	13
Ворша	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	79	—	—	—	—	—	8
Полацак	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	43	—	—	—	—	—	—
У спраўдам. усяго	7	—	1	—	7	4	4	—	—	2	—	18	—	—	1149	3	—	—	—	—	83

хвароб у іспраўдамох за 1928 г. па БССР.

Х В А Р Э Н Ь Н Я Ў																						
І Н Ф Э К Ц Ы Й Н Ы Я																						
							Пранцы				Сухоты											
								З іх:				З іх:										
Шаленства	Сібірская язва	Радзільная гарачка	Стаўбняк	Сап	Трыпэр	Мяккі шанкер	Усяго	I ст.	II ст.	III ст.	Усяго	Лёгкіх	Касьцей	Залоз	Скуры (вауч.)	Іншы. орган.	Пакус шалён. жывёл	Цынга	Трахома	Пархі	Кароста	Усяго
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
спраўдамох за 1928 г.																						
—	—	—	—	—	14	—	10	3	7	—	31	27	3	—	—	1	—	—	1	—	76	251
—	—	—	—	—	18	—	43	3	7	33	41	22	1	4	—	14	—	4	20	2	49	289
—	—	—	—	—	27	—	39	4	27	8	75	74	1	—	—	—	—	—	10	—	28	458
—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	22	20	1	—	—	1	—	2	1	—	1	312
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	27	5	23	1	22	—	24	21	—	3	—	—	—	—	—	—	106	334
—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	29	78
—	—	—	—	—	23	—	22	2	20	—	31	24	6	1	—	—	—	—	12	2	34	222
—	—	—	—	—	5	—	18	—	18	—	6	6	—	—	—	—	—	—	9	—	3	53
—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	—	33	30	2	—	1	—	—	—	1	—	23	113
—	—	—	—	—	12	—	14	3	8	3	78	73	5	—	—	—	—	—	28	1	48	273
—	—	—	—	—	7	1	8	—	7	1	12	11	—	1	—	—	—	—	2	—	9	83
—	—	—	—	—	139	6	182	17	118	47	354	309	19	9	1	16	—	6	86	5	412	2468

Аб школах для падлеткаў.

(Вопыт пэдолёгічнага вывучэньня школы імя „Юнгвальд“ у Гомелі).

Р. Манасзон-Любіна.

Школы для падлеткаў існуюць у Гомелі ўжо ня першы год, але на працягу апошніх 2-3 гадоў нам прыходзілася неаднакроць слышаць аб тым, што склад вучняў гэтых школ надта зьмяніўся, штс зьмяніўся разам з гэтым і ўвесь твар школы, што школы гэтыя патрабуюць рэарганізацыі і грамадзкай дапамогі для знаходжаньня правільнага шляху ў справе ліквідацыі няпісьменнасьці і правільнага працоўнага выхаваньня перарасткаў. Першым этапам у гэтай справе зьяўляецца азнаямленьне са складам вучняў школ. З прычыны таго, што ў найменш спрыяючым становішчы знаходзіцца яўрэйская школа імя „Юнгвальд“, Дзіцячы Дыспансэр рашыў пачаць менавіта з гэтай школы.

Школы перарасткаў па сваёй ідэі прызначаны для нармальных дзяцей, якія былі пастаўлены ў ненармальныя ўмовы навучаньня і дзеля гэтага зьяўляюцца пэдагагічна-адсталымі.

Што-ж нам дала нашае дасьледваньне? Ці зьяўляюцца нашы вучні „нармальнымі дзяцьмі“ з пэдагагічнай запушчанасьцю з прычыны цяжкіх умоў, ці не зьяўляюцца і ці маюцца якія-небудзь іншыя адхіленьні? Агляд адбываўся на працягу 3-х месяцаў у габінэтах Дзіц. Дыспансэра; агляд на даму праведзены поўнасьцю, часткова пэдагогамі, часткова—сястрой-дасьледвацельніцай, часткова знаёма нам па працы дасьледчага апарату Тубдыспансэра. У кожным выпадку малюнак быту вучняў нам у дастатковай ступені вядомы. Рэзультаты дасьледваньня ў Дзіцячым Дыспансэры прапрацоўваліся разам з пэд-калектывам і доктарам школы, яны папаўняліся данымі аб школьнай пасьпяховасьці, аб паводжаньні, аб зьмяненьнях у становішчы здароўя вучня і г. д. Некаторыя выклікаліся пасьля гэтага на дадатковыя дасьледваньні, дзеля таго, што мы імкнуліся да магчымай паўнаты дасьледваньня.

Усяго ў школе 170 вучняў, дасьледвана 159; тыя, што не зьявіліся, адносяцца ў большасьці да ліку найбольш трудна-выхаваўчых, яны катэгарычна адмаўляліся падлягаць абсьледваньню. Гэткім чынам дадзеныя дасьледваньня будуць трохі лепш фактычнага малюнку. Трэба агаварыцца, што калі мы гаворым аб працэнтных адносінах, дык мы прызнаем, што яны вельмі адносны, дзеля таго; што агульны лік дасьледваемых невялікі, але ўсё-ж яны робяць нашы дадзеныя больш прыстасаванымі да параўнаньня з іншымі матар'яламі.

Школа імя „Юнгвальда“ зьмяшчаецца ў Гомелі па Паштовай вул., будынак, прадастаўлены для школы, адносна вольны, але цёмны, халодны і вільготны. Абсталявана школа недастатковa, не хапае самага неабходнага. Школа зьмяшчаецца ў раёне вельмі далёкім ад месца жыцьця большасьці вучняў: 76 з 159 жыве на рове, на Манастырцы,

у канцы Інтэрнацыянальнай вул. і Ветранай і на прылягаючых тупіках, раёны, дзе туліцца гарадзкая бедната, і гэта вельмі няспрыяльна адбіваецца на наведваемасьці вучняў, бо большасьць з іх ня мае цёплай вопраткі і абутку. Сярод дасьледваных вучняў—81 хлопчык, недасьледваныя таксама ў большасьці хлопчыкі. Такім чынам сярод вучняў каля 55% хлопчыкаў, тады як у іншых школах 46—48. Гэта дае нам права меркаваць, што пераросткі-дзяўчынкі радзей ідуць у школу і звычайна, не ўваходзячы ў каляіну нармальнай вучобы, застаюцца дома і займаюцца хатняй працай, шукаюць заробку.

Сярэдні ўзрост вучняў для ўсёй школы роўны 13,4 г., для 1-й гр.—11,9 г., для 2-й групы—12,2, для 3-й—14 і 4-й—14,6. У першых дзьвёх групах мы маем дзяцей нават малодшага школьнага ўзросту—8—10 г. Узрост вучняў кожнай групы вельмі разнастойны, у межах 6—7 г.

Чым тлумачыцца спозьнены пачатак заняткаў у кожнага паасобку? У невялікай колькасьці выпадкаў пераезды з аднаго месца ў другое, хваробы, адсутнасьць жаданьня вучыцца, неабходнасьць дапамагаць у хаце па дагляду за малодшымі брацьцямі і сёстрамі, доўгае нелячэньне захворваньня валос галавы (парша, стрыгучы лішай). Але ў большасьці сваёй гэтыя падлеткі ўжо вучыліся ў іншых школах, нярэдка ў 2—3 школах, заставаліся там на 2-гі год, былі трудна выхаваўчы, дрэнна наведвалі заняткі, прапускалі гады і г. д. Некаторыя перарасткі вучацца ў школе імя „Юнгвальд“ па многу гадоў, некаторыя па 3—4 года ў аднэй і тэй-жа групе, выбываюць з школы і праз год-другі зноў да яе зварочваюцца. Склад вучняў школы розьніцца цякучасьцю. Дакладнага вучоту руху асобных вучняў у школе не вядзецца. Але ў усялякім выпадку магчыма лічыць устаноўленым, што ў сваёй большасьці падросткі не прыналежаць к катэгорыі дзяцей, якія ня вучыліся раней з прычыны тых ці іншых умоў, наадварот, яны вучыліся раней і па некалькі гадоў у розных школах і ў гэтай-жа школе перарасткаў. З якіх груп насельніцтва вярбуюцца вучні школы? Для працаўнікоў Гомеля прыналежнасьць к ліку вучняў школы імя „Юнгвальд“ вызначае прыналежнасьць к бяднейшаму насельніцтву. Наша дасьледваньне вынесла гэткі малюнак. Сярод вучняў 3,2%—сіроты, 33,2%—полусіроты, 4% мае разьведзеных бацькоў і толькі 60,5% маюць бацьку і матку. Але гэтыя бацькі часта зьяўлюцца няможнымі старыкамі і каля 15—20% дзяцей маючых бацькоў, знаходзяцца на ўтрыманьні брацьцяў і сясьцёр. Заняткі асоб, на ўтрыманьні якіх знаходзяцца вучні, на падставе дадзеных дасьледваньня і вывучэньня быта наступныя: 1) жабрацтва—5 чал., 2) дробны гандаль з рук—14, 3) падзённая праца (мыцьцё бялізны, падлоў і г. д.)—14, 4) нізка-кваліфікаваныя саматужнікі („лапатнікі“)—30, 5) ніжэйшая катэгорыя служачых (пасланец, прыбіральшчыца)—12 чал., 6) некваліфікаваныя рабочыя (чорнарабочыя, вартаўнікі)—22 ч., 7) саматужнікі—33, 8) пэнсіянэры страхкасы і сабеса—18, 9) розныя прафэс. з сярэднім заробкам—11, усяго—159 чал.

З агульнага ліку дасьледваных 17 чал. састаіць на вучоце Т-ва Друг Дзяцей і амаль усе (16) працуюць у майстэрнях, зарабатывая па 4—5 руб. у месяц. Некалькі чалавек (6) маюць розныя работы; заўважаецца, што частка падлеткаў, атрымаў працу, уходзяць са школы. Так, за час дасьледваньня выбыла 3 вучня, атрымаўшых працу. Шмат якія падлеткі састаяць на вучоце Біржы Працы, іншыя шукаюць заробка міма Біржы (тачэчнікі, колка дроў і г. д.). Саўмяшчэньне працы і вучобы вельмі цяжкім зьяўляецца для рабят, яны скардзяцца на змора-

насьць, недахоп часу дзеля сна, адпачынку, прыгатаваньня заданьняў і г. д. У вогуле, улічвая ўсе ўмовы жыцьця дзяцей, магчыма сказаць, што 37,2% знаходзяцца ў асабліва цяжкіх матар'яльных умовах, астатнія 63% таксама жывуць у ўмовах ніжэй сярэдняга ўзроўня гомельскіх жыхароў. Але тут неабходна адзначыць, што разам з матар'яльнай патрэбай дзеці ня маюць у сем'ях нагляду і культурнага ўплыву; сям'я не цікавіцца дзяцьмі, іх заняткамі і ставіць перад імі толькі адно пытаньне—устройства на працу ва імя заробку. А ў вышуках заробка асобныя дзеці даходзяць да знаёмства з вараўскім мірам і па маючымся зьвесткам прымаюць удзел у вараўскіх гісторыях. Зразумела, што гэта катэгорыя ў школе зьяўляецца найбольш трудна-выхаўчай, але і сярод астатніх—больш трудных дзяцей, бо яны ня прыносяць з сабой з сям'і і вуліцы дысцыплініраванасьці, навыкаў сыстэматычнай працы, элемэнтарных гігіэнічных прывычак і г. д. Школьную працу затрудняюць частыя пропускі заняткаў, якія часткова могуць быць растлумачаны адсутнасьцю вопраткі і абутку, неабходнасьцю дапамагаць у хатняй працы (асабліва ў старшых дзяўчынак), а таксама адсутнасьцю ў дзяцей падручнікаў і мінімальных умоў у даму для самастойнай працы і прапрацоўкі зробленага ў школе. Вось тыя ўмовы, у якіх жывуць нашы вучні. Трудна чакаць, каб іх здароўе было асабліва добрым, так як мы ведаем, як адбіваюцца гэткія ўмовы жыцьця на становішчы здароўя і разьвіцьці дзяцей. На падставе дасьледваньня фізычнага разьвіцьця (рост, вага і г. д.) і параўнаньня яго з дадзенымі па г. Гомелю для вучняў усіх школ—мы маем 21,4% з добрым, 47,2%—здавальняючым і 31,4%—нездавальняючым фізычным разьвіцьцём, гэткім чынам у цэлым яно павінна быць прызнана ніжэй сярэдняга для іншых школ. Таксама мы маем і для дадзеных дынамасьпіра-мэтрычных. Становішча здароўя дзяцей малюецца наступным чынам: здаровых—15,7%, здавальняючых па здароўю—37%, а астатнія 47,3% ці хворыя (15%), ці маюцца паслабленага здароўя. Апошняя катэгорыя вельмі значна лічбова і значна перавышае ў % адносінах гэту групу ў астатніх школьнікаў у гэтым узросьце: мы тлумачым гэта ўплывам хранічнага недаеданьня і жыцьця ў анцігігіенічных умовах. Распрацоўка захворваемасьці не праведзена, так як падлеткі знаходзяцца пад доўгім наглядам і дасьледваньнем і ў сучасны момант, але магчыма сказаць, што галоўным чынам, мы сустракаемся з анеміямі, тубэркулёзам лёгкіх, захворваньнямі сэрца і рознага рода анеміямі, якія часткова могуць быць растлумачаны пропубэртальным і пубэртальным пэрыядам у нашых вучняў.

Дасьледваньне вумственнай адаронасьці вучняў праводзілася галоўным чынам па мэтаду Бінэ-Сімона, часткова па мэтаду праф. Расалімо. Тэсты прыходзілася пераводзіць на яўрэйскую мову, так як большасьць вучняў расійскую мову ведаюць дрэнна. Трэба адзначыць, напрыклад, што абодвы гэтыя мэтады для дасьледваньня пераросткаў мала прыгодны, напрыклад, дасьледваемыя, якія даюць вельмі добрыя адказы, пакуль справа датычыцца адцягненых меркаваньняў, лёгічных вывадаў і г. д. пасуюць, калі ім прапануюць апісаць малюнак, скласьці фразу з 2—3 дадзеных слоў, ня ведаюць, што такое клюб, ня ведаюць на гадзінах і на г. п., што, канешна, тлумачыцца часткова пэдагагічнай адсталасьцю. Пагэтаму прышлося адмовіцца ад дачы вызначаных у гадох ацэнак па гэтым мэтадам і абмяжоўвацца пасьля меркаваньня з пэдагогамі аднясеньнем пераростка да групы вумственна адсталых, паніжана адаронных альбо ўладаючых здавальняючымі для іх узроста разьвіцьцём. Акрамя таго, маецца група вучняў, дзе затрымка вумственага разьвіцьця адказвае затрымке ў фізыч-

ным разьвіцьці і магчыма гаварыць аб неадпаведнасьці паспартнаму ўзросту. У выніку гэтай прапрацоўкі мы атрымаем наступнае:

Групы	Лік вучняў	Ідыот.	Вум. адст.	Паніж. адарон.	Здавальн. разьв.	Агульная затрымка фізычн. і вумсьцвен. раз.
1	21	3	5	2	9	2
2	41	—	9	12	19	1
3	48	1	13	16	14	4
4	49	—	11	19	15	4
Для ўсёй школы . .	159	4	38	49	57	11

Сярод 57 вучняў з вумсьцьвенным разьвіцьцём, адказваючым іх узросту, мы маем 6 чалавек у 1 і 2 гр., у якіх не адзначаецца і пэдагагічнай заняхайнасьці, так як гэта дзеці 8—10 гад., месца якім у звычайнай працоўнай школе. Астатнія 51—гэта нармальныя пераросткі пэдагагічна заняхайныя, г. зн. менавіта тый кантыгент, у разьлік на які ствараліся школы пераросткаў. Да іх да вядомай ступені могуць быць аднесены і пераросткі з неадпаведнасьцю свайму паспартнаму ўзросту, хоць і сярод іх маюцца гэткія, аб пэдагагічнай заняхайнасьці якіх магчыма гаварыць умоўна, так як яны ўжо шмат гадоў вучацца ў розных школах, таму што бацькі і школа падыходзілі да іх, ня ўлічвая іх фактычнага ўзроста. Што-ж датычыцца груп паніжана-адаронных, дык у іх усіх, за выключэньнем 5—6 адзначаецца большая пэдагагічная адсталасьць ня гледзечы на тое, што яны ў працягу шмат гадоў падлягалі пэдагагічнаму ўплыву ў розных школах Гомеля. Дзіўным можа паказацца налічча імбэцыяльнага падлётка ў 3 гр., але гэта тлумачыцца тым, што школа часта пераводзіць пераростка ў наступную групу ў відзе заахвочваньня яго імкненьня вучыцца тады, як факт застаўленьня на 2 год часта прыводзіць да таго, што пераростак кідае школу. Прыходзіцца ўлічваць псыхалёгію кожнага індывіда, як гэта відочна, было зроблена ў дадзеным выпадку; гэты пераростак 16 г. мае апрача таго і значнае паніжэньне слуха. Мы зрабілі спробу прааналізаваць прычыны розных ступеней вумсьцьвеннай адаронасьці і атрымалі наступныя дадзеныя:

6% к агульнаму ліку дасьледваемых:

	Фізычн. разьвіцьцё			Становішча здароўя				Асаблівадрэн. сац. умовы
	Добр.	Здав.	Незд.	Добр.	Здав.	Незд.	Асл.	
Сярэдн. для школ . .	21,4	47,2	31,4	15,7	37,0	15,0	32,3	37,2
Здав. вум. разьвіц. . .	23,4	46,9	29,7	17,0	40,0	10,5	32,5	30,0
Зьніжан. даравіт. . .	21	52	27	6,2	37,5	12,6	43,7	35,4
Вумсьц. адстал (бяз ідыот)	11,8	64,7	23,5	23,5	35,3	26,6	14,7	64,7

Што-ж мы бачым. Падлёткі з здавальняючым вумсьцьвенным разьвіцьцём па свайму фізычнаму разьвіцьцю, становішчу здароўя і сац.-быт. умовам некалькі вышэй сярэдніх дадзеных для школы; зьніжан. даравіт. маюць у сваёй срадзе вельмі вялікі процант аслабленых (на глебе тубэркулёза, інтоксікацыі, галаданьня і г. д.) і гэта нясумленна затрымлівае тэмп іх вумсьцьвеннага разьвіцьця, тут правядзеньне шэрагу аздараўляючых мерапрыемстваў магло-б даць значны эфэкт і, нарэшце, група разумова-адсталых—тут $^2/_3$ дзяцей жывуць у асабліва дрэнных умовах і з прычыны гэтых цяжкіх умоў і стварылася часткова гэта дэбільнасьць, у астатніх адносінах яны мала чым розьняцца ад агульнага нізкага ўзроўня школы. За час дасьледваньня,назіраньня і ў працэсе прапрацоўкі матар'ялаў з пэдагогамі выяўлена сярод дасьледваемых 17 асабліва трудна выхаваўчых, але, як мы вышэй адзначылі, лік іх фактычна больш, так як шмат якія адхіляліся ад дасьледваньня. Сярод гэтых 17—7 чалавек маюць здавальняючае разумовае разьвіцьцё, 6—паніжана-даравітых, 3—разумова-адсталых і 1 імбецыял. Асабліва цяжкія сацыяльна-бытавыя ўмовы адзначаюцца у 41,2%, фізычнае разьвіцьцё"—і становішча здароўя наступнае:

Фізычнае разьвіцьцё			Становішча здароўя			
Добрае	Здавальн.	Дрэннае	Добрае	Здавальн.	Нездавальн.	Аслаб.
11.8	47	41,2	11,8	35.3	5.9	47

Мы бачым, што і гэтыя групы знаходзяцца ў больш цяжкіх умовах, чым сярэднія вучні, але, канешна, ня ў гэтым адным трэба шукаць прычын ухіленьня ў іх маральнай сфэры. Тут у кожным асобным выпадку мажліва адзначыць тыя ўмовы поўнай безнадзейнасьці раскладаючай срады і г. д. Гэта група канешна, аказвае свой дэзарганізуючы ўплыў на ўвесь астатні школьны калектыў, зрывае лекцыі дзікімі ўчынкамі, разлагае няўстойлівых таварышоў і г. д.

Мы рабілі спробу выдзяліць сярод вучняў групу дзяцей, маючых здавальняючае фізычнае разьвіцьцё, становішча здароўя і разумовую даравітасьць і якія жывуць у неасабліва цяжкіх умовах, і гэткіх сярод 159 мы знайшлі 13. Вось, што прадстаўляе сабой калектыў вучняў школы імя „Юнгвальд".

Задаволены ці не дзеці школай і як яны адносяцца да ўчобы? У большасьці выпадкаў мы атрымалі адмоўны адказ, толькі 15—20% цэнюць школу; рэшта адказвае, што школа ім мала дае, так як ім неабходна шукаць заробак, а школьныя майстэрні не даюць ім ніякай кваліфікацыі, час-жа праходзіць і па сканчэньні школы ім будзе ўжо позна пачаць вучыцца якому-небудзь рамяству; набыцьцё-ж фармальных навыкаў і агульнае разьвіцьцё цікавіць іх значна менш. Дзеля гэтага яны імкнуцца або да аплачваемай працы, або да вучаніцтва у саматужнікаў і г. д. Апошнія-ж іх прымушаюць кінуць школу, так як сумяшчэньне работы і заняткаў для гэтых непаўнацэнных і не акрэпшых людзей аказваецца вышэй іх моцы.

Тое, што мы выявілі ў працэсе абсьледваньня — ёсьць статыка школы, але вывучэньне дынамікі гаворыць аб тым, што гэты недахоп невыпадковы, а будзе яшчэ ўзмацняцца з гадамі. Сапраўды, калі параўнаць 1 і 4 групы, дык у 1 гр. мы маем 46% дэбільных і імбэцыльных, а ў 4-й гр.—старэй толькі 12%, у 1-й групе цяжка выхаваўчых—20%, а ў 4-й гр.—6%. Гэта зьяўляецца ня толькі вынікам прыроднага адсейваньня разумова адсталых у працэсе школьнага абучэньня, але гаворыць за тое, што пры існуючых умовах камплектаваньня школы і сучаснай яе падрыхтоўцы, кадры нармальна

запушчаных пераросткаў у школе паступова зьмяншаюцца, і школа запаўняецца перавадзімымі з іншых школ разумова адсталымі і паніжана-даравітымі дзяцьмі, якіх школы ахвотна перадаюць; разам з тым нармальныя школы вельмі ахвотна, прыдраўшыся да ўзросту, пераводзяць трудных вучняў у школу для падлеткаў.

Усё гэта гаворыць за тое, што школа павінна быць карэнным чынам рэарганізавана. Імбэцылы павінны быць выдалены з школы, а для дэбільных пераросткаў павінны быць арганізаваны паасобныя дапаможныя групы пры гэтай школе. Малодшыя дзеці, са здавальняючым разумовым разьвіцьцём, павінны быць пераведзены ў агульныя праф. школы. Уся школа павінна быць пабудавана так, каб вучні атрымалі сацыяльна-працоўную ўстаноўку і выяўленыя прафэсыйныя навыкі, г. зн. павінны быць створаны вучэбныя майстэрні са школай пры іх (мабыць з некалькі скарочанай праграмай). У адносінах да цяжка выхаваўчых (17) павінен быць індывідуальны падыход: некаторыя змогуць застацца ў рэарганізаванай школе, другія-ж павінны быць пераведзены на вытворчасьць, бо для іх найлепшай дысцыплінуючай і выхоўваючай справай зьявіцца правільна арганізаваны труд. Ліквідаваць-жа сваю няпісьменнасьць яны змогуць у вячэрніх працоўных школах. У сувязі з тым, што гэта школа мае вялікую колькасьць слабых і бяднейшых вучняў, ёй павінна быць аказана дапамога з боку адпаведных арганізацый (Гарсавет і інш.) у правядзеньні шэрагу аздараўляючых мерапрыемстваў.

Але тут перад намі ўстае небясьпека, што праз кароткі тэрмін школа зноў будзе запоўнена неадпавядаючымі вучнямі, якія тармазяць работу іншых школ. Дзеля гэтага перавод у школу пераросткаў павінен вытварацца камісіяй у складзе прадстаўнікоў школы імя „Юнгвальд", Дзіцячага Дыспансэру і пэдагогаў тых груп, дзе дзеці раней вучыліся. Тады можна будзе з першага дню правільна групаваць дзяцей і наладжваць школьную працу.

Толькі пры правядзеньні гэтага шэрагу мерапрыемстваў, школа зможа знайсьці сваё месца і правесьці правільную працу сярод пераросткаў. У сувязі з тым, што становішча школы імя „Юнгвальд" не зьяўляецца чымсьці рэзка адрозьненым ад іншых школ для пераросткаў, дык паказаныя мерапрыемствы па рацыяналізацыі працы павінны быць праведзены ўсюды. Школы для пераросткаў павінны пайсьці па шляху правільнага сацыяльна-працоўнага выхаваньня пераросткаў. Тады школы для пераросткаў запоўняцца нармальнымі пераросткамі, якіх нямала па-за школай і ў сьценах агульнай працоўнай школы.

Санітарна-бытавое апісаньне вёскі Азяраны, Тураўскага раёну, Мазырскай акр.

Лагун Я. М.

Санітарны быт насельнікаў.

Абсталяваньне хаты. Хатняе абсталяваньне ў хатах не аднолькавае. У чатырох сьценах маецца: стол, лавы (вялікае заслоны), заслонкі большага і меншага памеру, паліцы. Палепшаны тып хат мае і лепшае абсталяваньне. У іх сталы лепшае работы, замест лаў „канапы“ (тыя-ж лаўкі, але з сьпінкаю і крыху чысьцейшай работы), паліцы, шкафікі, вялікія „шафы“—ня вельмі чыстай працы — усё гэтае абсталяваньне свае работы. Шмат хат для спаньня мае „палы“ (нары ад печы да вакна), ложкі, „палаці“, шасты (жордкі) для вешаньня адзежы; у некаторых хатах гэтых шастоў няма і вопратка вешаецца на гвазды, убітыя ў сьцяну, а не кідаецца на „пол“—пасьцель.

З рэчаў гаспадарчага ўжытку ў хаце знаходзяцца цабры, цабэркі (меншага памеру цабры), чыгуны, карыты—усе гэтыя рэчы знаходзяцца супроць вялікай печы ў кутку. З памыямі цэбар заўсёды знаходзіцца ў хаце каля вядра з вадою. З бульбаю чыгуны, з наваранаю і насечанаю бульбаю карыты, знаходзяцца ўзімку пад лаўкаю ці пад палом. К гэтаму трэба дадаць кашы з сырою бульбаю, якія прыносяцца ў хату ганач, каб досьвета ўстаць і вытапіць у печы.

Увайшоўшы ў сенцы, у левым кутку стаяць начоўкі, венік, дзежачкі, у сенцах знаходзіцца ложак, на сьценах, асабліва ў хаце, разьвешаны абразы, а ў некаторых і партрэты правадыроў.

Узімку сяляне праводзяць у хаце большую частку свайго часу, асабліва жанчыны, якія бываюць на дварэ 2—4 гадз. у суткі. Увесь свой час яны, акрамя 5—6 гадз. спаньня, скарыстоўваюць для працы. Мужчыны ў хаце праводзяць менш часу, з спаньнем 9—12 гадз. дарослыя; дзеці ад 5—10 год, якія ня ходзяць у школу, знаходзяцца ў хаце 20—23 гадз., а то і ўсе 24 гадз., з прычыны недахвату вопраткі і абутку. Трэба адзначыць, што боты ці чаравікі ў дзяцей — рэдкае зьявішча. Лапці зьяўляюцца пераважна іх абуткам. Дзякуючы гэтаму дзеці з хаты нікуды ня выходзяць.

Харчаваньне. Прадукты, якія ўжываюцца сялянамі, можна падзяліць на жывёлавыя: сьвіное сала і мяса, рыба, малако і інш. і на расьлінныя: бульба, капуста, буракі, морква і гуркі. Па часу году, пераважна, ужываюцца прадукты расьлінныя—улетку: цыбуля, якая займае значнае месца ў прыгатаўленьнях „квасу“ (зельле з бурачкоў (бацьвіньне), крупа прасяная, грэчневая, ячменная). З таго часу, як падростае бульба, дык яна замяняе ўсё. Увосень з расьлін сялянамі ўжываецца амаль усё, што маецца ў гаспадарцы (капуста, гуркі, буракі і г. д.); з усяго гэтага

---

[1]) Гл. № 2—4 „Бел. Мэд. Думкі“, 1929 г.

прыгатаўляюць простыя стравы, якія засквярваюць салам, альбо „закрашваюць“ затаўкаю (тоўчаная тлустасьць). Бяднейшыя гатуюць свае стравы поснымі (з грыбамі, рыбаю), мясныя прадукты ўжываюцца імі толькі ў вялікія сьвяты (каляды, вялікдзень, тройца і г. д.). К гэтым сьвятам кожны селянін клапоціцца мець скаромныя прадукты. Калі няма свайго, дык купляюць. У большасьці насельніцтва прадуктаў харчаваньня не хапае, як не хапае ў большасьці гаспадароў свайго хлеба. На зіму прадукты, прызначаныя для харчаваньня (бульба, капуста, гуркі), хаваюцца ў асобна прыгатаваных для гэтага памяшканьнях— „ісьцёнках“ альбо паграбох. У гэтых памяшканьнях бульба засыпаецца ў засекі, зробленыя з дошчак. Пасярэдзіне „ісьцёнкі“ стаяць дзежкі з капустаю і з гуркамі. Узімку гэтыя памяшканьні абаграюцца жарам з хаты, альбо каменьнем, якое награецца на агні ў „ісьцёнцы“.

З усіх вышэйпералічаных прадуктаў сялянкі складаюць надта простыя стравы, посныя і скаромныя. Асноўнае меню, якое прыгатаўляецца ў кожнай хаце: капуста з мясам, альбо заскваранaя салам ці затоўчана „затаўкай“, з грыбамі альбо з рыбаю; „квас“ (кіслы бярозавы альбо хлебны квас з цыбуляю, з перцам, з крупою, з мясам альбо з рыбаю). На другое—тоўчаная бульба, засквараная салам ці алеем; нарэшце, на трэцяе—крупнік (з малаком альбо з алеем). Усе гэтыя тры „блюды“ ўжываюць толькі больш заможныя. Бедныя абмяжоўваюцца 1—2 бл. і дадатак да гэтага п‘юць раніцою і ўвечары гарбату. Вось асноўнае меню ў залежнасьці ад экономічнай магчымасьці. Шмат такіх, якія ня маюць свайго сала і ўжываюць купленую рыбу, а калі няма завошта купіць, дык ядзяць „нішчымны“ хлеб. Улетку малако, калі хто мае, зьяўляецца галоўным прадуктам для старых і малых. Зімою малака мала і яго ўжываюць толькі малыя дзеці. Устанавіць ужываньне сала і мяса па часьцінам году трудна. Можна толькі сказаць, што сьвіньні колюцца перад вялікімі сьвятамі і амаль усе дапасоўваюць, каб на летнюю пару было сала. Пасты захоўваюцца. Вялікі пост перад „вялікаднем“, „спасаўку“ перад спасам, часткова захоўваюць пост у піліпаўку і пятровіцу; таксама часткова захоўваюць некаторыя па пятніцах і серадах. Гарачую страву ўжываюць 2—3 разы (абед, палудзень, вячэра); яе вараць у вялікіх чыгунох і гаршкох, якія стаяць у печы. Хапае стравы амаль на тры разы. Толькі ўзімку, як мужчыны едуць у лес, стравы гарачае не ядзяць, а сьнедаюць што-небудзь сухое дома і ў лес бяруць „хлеб“ у торбу. Полудзень улетку часта адбываецца на полі. З харчэй купляюць рыбу і сала. Устанавіць колькасьць нельга. Пасуда для варыва і яды, вельмі securestaйная. Гаршкі рознай велічыні, чыгункі—служаць для варэньня. Міскі паліваныя (галоўным чынам), бляшаныя, талеркі парцялянавыя ў малой колькасьці, лыжкі драўляныя, мэталічныя (алюм. сплаў), відэльцы і ў некаторых шклянкі—зьяўляюцца пасудай і прыладай да яды.

Сталага месца для іх няма, хаваюцца дзе папала: на паліцы, на лаве, на прыпечку і г. д. Увайшоўшы ў сялянскую хату, ня раз убачыш міскі з лыжкамі на лаве, на паліцы, на прыпечку ў лепшым выпадку памытыя, а то і брудныя. Парожнія гаршкі таксама ня маюць сталага месца, стаяць на лаве, пад лавою і г. д. Ёсьць у некаторых „шкафікі“, але ў іх знаходзіцца малако, талеркі на сьвяты дзень. Звычайна місак і ложак туды ня ставяць. Сустракаюцца ў некаторых для лыжак „лыжачнікі“ (паліца прыбытая да сьцяны з дзіркамі для лыжак). Вось якая ў некаторых пасуда і прылады для яды і захоўваньня яе. Ёсьць самавары.

Спаньне сялян патрэбна падзяліць на летняю і зімовую пару, і ў залежнасьці ад гэтага будзе розьніца ў характарыстыцы спальных месц.

Узімку спальныя месцы знаходзяцца ў хаце і амаль ва ўсіх знаходзіцца аднолькавы тып—пол, „караваць“, „палаці“, а выпадкова лаўкі і печка. Пяройдзем да характарыстыкі кожнага спальнага месца. Пол—дашчаны, памост, які знаходзіцца, як ужо раней казалася, у тэй частцы хаты, дзе печ; дошкі паложаны прама на лаўкі, альбо на асобныя казлы з пазамі (у якія заганяюць дошкі пола).

„Палаці“—нары, якія знаходзяцца на адлегласьці 1—0,5 мэтр. ад столі каля печы. Да новага тыпа спаньня можна аднесьці „караваць“ (ложак). Яна сустракаецца як выключна адна ў хаце, так сумесна з полам. У некаторых хатах для спаньня скарыстоўваюцца, выпадкова з-за недастачы спальных месц, печ і лаўкі. Трэба адзначыць, што на печы сьпяць ня толькі з-за недахвату спальных месц; печка для селяніна ўзімку зьяўляецца важным месцам: на ёй грэюцца ня толькі малыя, але і дарослыя. Пасьля працы на холадзе, дарослыя залазяць на печ і перасыпаюць на ёй усю ноч, ня гледзячы на вольныя спальныя месцы. Старыя і дзеці не абыходзяцца бяз печы, першыя заўсёды сьпяць на ёй, а дзеці праводзяць на ёй увесь дзень. Пасьцель складаецца з сяньніка, але замест яго многія маюць „рагожкі“ [1]), пасьцілак свайго вырабу і дзяруг (вытканых з кудзелі) і падушак. У большасьці сем'яў пасьцельных рэчаў не хапае і іх заменьвае вопратка. Накрывацца пасьцілкаю ці вопраткай у цёплай хаце не заведзена, накрываюцца ў халодных, а ўлетку ад мух. Пасьцельныя прылады мяняюцца 2—3 раза ў год перад вялікімі сьвятамі; навалкі з падушак зьменьваюцца ў 2—3 месяцы раз.

Сьвяточныя посьцілкі, чысьцейшыя і лепшага вырабу знаходзяцца ў куфрах, засьцілаюцца толькі ў сьвятыя дні; іх маюць вельмі мала хат. Улетку з спальнымі месцамі абыходзяцца лепш—у хаце начуюць адны дзеці ды жанчыны, дарослыя-ж спяць у гумнах на сене, у сенцах, а многія вядуць кожную ноч на начлег коні.

Усярэднім узімку сьпяць мужчыны 8—9 гадз., жанчыны 6—5 гадз. і дзеці 10—12 гадз. Улетку мужчыны 4—5 гадз., жанч. 3½—4, дзеці 6—10 гадз. Дарослыя дзеці (дзяўчаты і хлопцы) сьпяць паасобку; бацькі як пападзе, але ў большасьці сьпяць разам. Дзеці з бацькамі сьпяць да 7—10 год.

Падтрыманьне асабовай чыстаты. Дарослыя раніцою ўмываюцца. Дзеці да 7 год выпадкова 1—2 разы ў тыдзень. Ад 7 і старэй, асабліва тыя, якія ходзяць у школу, мыюцца раніцою амаль заўсёды. Мыюцца халоднаю вадою, бяз мыла. З добрым мылам мыюцца толькі „кавалеры“ і дзяўчаты, ды то больш заможныя.

Рушнік для ўсіх адзін, зьменьваецца ў тыдзень раз, ня гледзячы, што брудны, з грубога саматканага палатна. Рукі дарослымі мыюцца перад ядою, толькі пасьля бруднай працы, бяз мыла. Старэйшыя маюць звычай перад ядою спаласнуць вадою рукі. Умывальнікаў ці другіх прыстасаваньняў для ўмываньня—няма. Цела свае сяляне абмываюць узімку рэдка, бо няма дзе. Перад вялікімі сьвятамі мыюцца ў начоўках дарослыя да палавіны, а дзеці малыя ўсё цела. Але сустракаюцца і такія, якія абмываюць усё цела раз у год, а не і таго менш. Малых дзяцей ад 1—5 год купаюць раз у 1—2 месяцы, таксама і ад 5 да 10 год. Ёсьць і такія дзеці, якія ня мыліся ня разу як нарадзіліся да 3—5 год—„каўтунаватыя“. Улетку многія дарослыя ідуць у раку, а дзеці, якія ня могуць самі купацца, рэдка купаюцца, асаб-

---

[1]) Рагожкі гэтыя плятуцца з сітніку і іх плятуць у в. Барку, Тураўск. раёну, в. Азяраны толькі купляе іх.

ліва ў рабочы час. Старэйшыя дзеці ўлетку купаюцца ў „Бычку“, або ў Сьцьвізе.

Вопратка і абутак. Сялянская вопратка, у залежнасьці ад часу году, бывае розная. Так, улетку старэйшыя мужчыны ходзяць босыя альбо ў лапцёх, надзяюць споднія порткі і доўгую па калені „сарочку“; толькі багацейшыя паверх „сарочкі“ надзяюць „капот“. Маладыя хлапцы, паверх споднїх портак і „сарочкі“ надзяюць паркалёвыя альбо портавыя штаны і рубашку, але апошняю ў летні рабочы час, надзяюць у больш халодныя дні. Таксама адзяюцца і дзеці школьнага ўзросту. Узімку паверх усяго гэтага „апранаюць“ кажух альбо „сьвітку“ свайго вырабу.

Сьвітка для старэйшых з зборкамі (складкамі), а для малодшых „сьвітка“ бяз зборак і мае назву „пінжак“.

Жаночае адзеньне ўлетку складаецца—з сподняй „сарочкі“ да пят, паркалёвае спадніцы такой-жа даўжыні, „кабата“ (жылета), а сьпераду „хвартуха“ і, нарэшце, хусткі. Такое-ж самае адзеньне ў дарослых дзяўчат і ў дзевачак школьнага ўзросту толькі ў іх замест „кабату“—„кофта“.

У зімні час жанчыны замест спадніцы носяць „андаракі“ свайго вырабу, разнакаляровыя—у 3 –4 фарбы, з воўны, неваленыя.

Верхняе адзеньне: мужчыны і жанчыны носяць „сьвітку“, альбо кажух, а дзяўчаты „пінжакі“ і „палушубкі“. На галаву жанкі надзяюць цёплую хустку, а мужчыны, вядома, шапку зімовую альбо летняю.

Дзеці да пяці год ўлетку ходзяць у аднэй „сарочцы“, а ўзімку сядзяць у ёй у хаце альбо багацейшыя надзяюць так званыя „сукні“ (падбітыя кудзеляю рубахі). Трэба адзначыць, што ўвесну, узімку і ўвосень дарослыя мужчыны і жанчыны носяць боты, за выключэньнем бедных, якія ўвесь час ходзяць у лапцёх. Нацельная бялізна—вышэйапісаная свайго вырабу, жоўтавата-чорнага колеру „сарочка“; зьменьваецца яна 1—2 разы ў 2 тыдні. Частата зьмены яе ў залежнасьці ад часін году не наглядаецца.

Разыходзіцца мыла на сям'ю ў год у сярэднім да 3 кгр. Яно ўжываецца толькі для мыцьця верхняе бялізны (хустак, спадніц, рубашак) і, хоць рэдка яшчэ для мыцьця цела. Нацельная бялізна з мылам ня мыецца, а золіцца. Працэс заленьня я пастараюся ў кароткіх рысах апісаць: бяруць так званую (выдаўбленую з дрэва дзежку) „жлубту“ і кладуць у яе намочаную бялізну і закрываюць зьверху анучай; на гэтую анучу насыпаюць попел і, калі ўсё гатова, дык на попел наліваецца гарачая (варан) вада; каб больш даць пару, кідаюць туды гарачае каменьне, пасьля ўсяго гэтага жлубта накрываецца посьцілкай.

Агульная дасканалая чыстка хаты (бяленьне сьцен, печы і столі) адбываецца 1—2 разы ў год перад вялікімі сьвятамі (к калядам, вялікадню і некаторыя к тройцы). Штодзеннае прыбіраньне хаты—падметваньне. Падметваньне зьяўляецца абавязковым у кожнай хаце, калі ў якой не адбываецца, дык суседзі глядзяць на такую гаспадыню як на неахайную і гультайку. Усяго гэтага баяцца, асабліва ў той хаце, дзе ёсьць дзяўчаты; гультай ці неахайнік гаспадыня—такія і дзеці, і іх неахвотна бяруць замуж. Падлога рэдка мыецца 1—2 у 2 месяцы, а зямляная толькі падметваецца. У хатах сустракаюцца клапы, прусы і ў некаторых вошы; улетку—„прыгуны“—(блохі). Барацьба з імі амаль ніякая ня вядзецца. Прусы ўзімку—вымаражваюцца.

Адбываньне дарослымі натуральных патрэб у хаце не наглядаецца; дзеці мочацца ў ночы ў цабэрак. Жывёлу ў хаце ніхто ня трымае. Толькі ў зімовыя вялікія маразы, часова, некаторыя бяруць у хату ягнят альбо цялят. Да ўсяго гэтага трэба апісаць працэсы, якія адбы-

ваюцца ў хаце і пагаршаюць санітарнае становішча яе. Да гэтых працэсаў належыць: прыгатаўленьне сьвіньням корму (пойла, бульба, мякіна), паранкі—каровам альбо коням, апрацоўка ільну, пачынаючы з абдзіраньня і канчаючы прадзівам і кроснамі. Акрамя ўсяго, узімку ў хаце адбываецца розная мужчынская праца: рамонт саней, у некаторых сталярка, шмат яшчэ дробных прац, якіх сыстэматычна апісаць нельга і ўсе яны маюць з санітарнага боку значэньне ў сэнсе пагаршэньня санітарнага стану хаты.

Шлюбнае і плоцьнае жыцьцё. Пачатак плоцьнага жыцьця ў сярэднім пачынаецца з 17—19 год, г. зн. з таго часу, калі прадстаўляецца магчымасьць жаніцца. Да жаніцьбы рэдка хто з моладзі пачынае плоцьнае жыцьцё.

Беларусы.

№	Шлюбы за 1926 г.				№	Разводы за 1926 г.			
	Мужчын		Жанчын			Мужчын		Жанчын	
	перш.	другі	перш.	другі		перш.	другі	перш.	другі
1	1900	—	1903	—	1	1896	—	1898	—
2	1898	—	1905	—	2	1908	—	1908	—
3	1893	—	1896	—	3	1893	—	1893	—
4	1900	—	1907	—	4	—	—	—	—
5	1906	—	1906	—	5	—	—	—	—
	За I палавіну 1927 г.					За II палавіну 1927 г.			
1	1903	—	1907	—			н я	б ы	л о
2	—	1900	1909	—					

Да шлюбу адносіны між поламі—блізкія. Гэтай блізкасьці ў значнай меры дапамагаюць улетку—начлег, а ўзімку вячоркі, скокі і г. д. Усё-ж такі, ня гледзячы на такую блізкасьць (часамі праводзіць у парах цэлыя ночы моладзь)—плоцьнае жыцьцё да жаніцьбы мала наглядаецца. Сярэдні ўзрост уступаючых у шлюб першы раз для мужчын 19 год і для жанчын 18 год.

Сямейныя адносіны і сямейная дысцыпліна. Начале сям'і стаіць бацька, альбо, калі яго няма, старшы сын—які больш працуе. Матка кіруе ўсёю працаю, г. зн. стаіць начале сям'і да сталагу ўзроста дзяцей. Галава сям'і кіруе ўсёю працаю гаспадаркі. Кожны дзень увечары за сталом, асабліва ўлетку, кіраўнік сям'і абмяркоўвае працу на наступны дзень. Ён загадвае кожнаму сябру сям'і працу на заўтрашні дзень, абмяркоўвае ўсе выдаткі і прыбыткі гаспадаркі, сочыць за трыманьнем сяброў сям'і. Кожны сябр сям'і павінен слухаць галоўнага (хто-б ён ня быў), а калі яго пачынаюць ня слухаць (гэта бывае асабліва тады, калі няма бацькі), дык хутка адбываецца падзел гаспадаркі. Старшы сын адыходзіць на бок ад маткі (пакідае ёй, вядома, і яе дзеці). Пры бацьку падзел гаспадаркі наглядаецца рэдка. Дарослых дзяцей бацька ўстрымлівае і падзел бывае пасьля жаніцьбы старшага, альбо некалькі зразу сыноў, па віне нявестак, якія пасьля выхаду замуж

маюць перамену характару, робяцца няўжыўчывымі. Нявестцы самой хочацца быць гаспадыняю, яна ня хоча падначальвацца свякрові, адбываюцца часта з-за гэтага сваркі і як вынік апошніх—падзел гаспадаркі.

Дзеці да бацькоў адносяцца амаль усе з пашанай і боязнасьцю, паказчыкам гэтага зьяўляецца казаньне на матку і на бацьку „Вы“. Калі дзеці пачынаюць бацькоў зваць на „Ты“ гэта ўжо сьведчыць аб іх узросьце і адносінах як роўным з роўным. Некаторыя дзеці захоўваюць „Вы“ на бацькоў да самай іх сьмерці. Разводы бываюць ня вельмі часта. За мінулы год, як мы ўжо ўспаміналі, было 3 разводы: адзін па абаюднай згоднасьці, астатнія па заявам аднаго з супругаў. За першае паўгодзьдзе 1927 г., як мы бачылі на табліцы, разводаў ня было. Прычыны разводаў бываюць розныя, апісаць іх цяжка. Абортаў у больніцы ня робяць, калі хто і зробіць, дык патаемна, нікому ня кажучы. З ужываемых мер прадасьцярогі ад зацяжарваньня, практыкуецца некаторымі Coitus interruptus.

Нараджэньне дзяцей у сям'і вельмі простае. Большасьць цяжарных жанчын выконвае самую цяжкую працу да самых родаў. Вельмі часта жанчына, прыйшоўшы з поля, лажыцца з схваткамі ў ложак і цераз час—два родзіць дзіцё, а пасьля родаў хутка падымаецца да працы.

Я гэтым хачу падкрэсьліць, што сялянкі перад родамі рэдка калі адрываюцца ад свае працы, асабліва ад хатняй.

Пасьля нараджэньня дзіцяці даюць жованую суслу (з цукру і хлеба), а на трэці—чацьверты дзень—грудзь (сьпершку здаіўшы). У выпадку, калі рожаніца не дае малака, з самага пачатку пачынаюць карміць соскаю—(2—3 месяцы разбаўляючы малако), а пасьля трох месяцаў прыбаўляюць к гэтаму кашку.

Умовы для гадаваньня дзяцей у сялянскай сям'і нявельмі добрыя. Палявая праца жанчын улетку, дрэнна адбіваецца на ўзросьце і здароў'і дзяцей.—Ідучы на палявую працу за некалькі вёрст, сялянкі з сабою бяруць і свае дзеткі; даглядаць іх і працаваць на полі зьяўляецца немагчымым. Астаўшыяся дома ня ўсе знаходзяць патрэбны догляд. Яго знаходзяць, хоць і мала толькі тыя, якія застаюцца ў дому з старушкамі альбо з дарослымі дзяўчатамі.

Праца селяніна. Усю сялянскую працу можна падзяліць на працу ўлетку і на працу ўзімку.

З другога боку—на працу, якая адбываецца толькі надворку (палявая і іншая), і на працу, якая адбываецца ў хаце.

Летняя праца галоўным чынам адбываецца на полі; да яе мы аднясём частку вясновае і васеньняе (г. зн. усю палявую працу—вясновое ўзорваньне зямлі, яравую сяўбу, касьбу, жніва, уборку збожжа, бульбы і гародаў і, нарэшце, васеньнюю сяўбу).

Акрамя гэтага, амаль усе мужчыны пачынаючы з вясны, займаюцца лесараспрацоўкамі і сплавам. Палявую працу вядуць працаздольныя дарослыя мужчыны і жанчыны. Хатняя праца ўлетку—выключна жаночая — прыгатаўленьне яды сабе і жывёле (сьвіньням). Увосень у хаце абдзіраецца лён. З санітарнага боку сялянская праца ўлетку мала адбіваецца шкодна на здароўі насельніцтва. Сьвежае—чыстае паветра вясковага жыцьця, прыстасованасьць к доўгай, цяжкай фізычнай працы, спрые здароўю насельніцтва. Але праца ўлетку, асабліва касьба (самая цяжкая мужч. праца), шкодна адбіваецца на здароўі мужчын у тым, што выконваецца яна ў большасьці на пусты страўнік раніцаю, да позьняга сьнеданьня.

Праца ўзімку: надворная—малацьба, возка дроў, лесараспрацоўкі, усё гэта выконваецца мужчынамі і толькі ў тым выпадку, калі яго няма, кладзецца гэтая праца на жанчыну.

Хатняя праца ўзімку, галоўным чынам, жаночая праца. Да яе належыць, акрамя прыгатаўленьня жывёле корму і сабе яды, выраб палатна і сукна (пража і кросны пад вясну). Мужчыны ўзімку ў хаце працуюць толькі тыя, якія займаюцца сталяркаю або рамантуюць гаспадарчыя прылады. З усяе працы ўзімку з санітарнага боку мае значэньне малацьба; гэта самая цяжкая праца большасьці гаспадароў (прымаючы пад увагу адну машыну і карыстаньне ёю заможнымі). Большую частку часу „досьвітак“ патрэбна скарыстаць каб абмалаціць цапамі свой ураджай. Сваім пылам яна шкодна адбіваецца на лёгкіх, але вялікага значэньня яна ня мае, бо ня ўвесь час малоцяць. Возка дроў і лесараспрацоўкі—самі па сабе гэтыя працы ня вельмі шкодна адбіваюцца на здароўі, але заўсёды прамочаныя ногі ў лапцёх,—выклікаюць прастудныя хваробы.

Жаночая праца ў хаце (кросны, пража) шкодна адбіваецца на здароўі насельніцтва запыленым паветрам, а калі мы ўспомнім яшчэ, што хаты не праветрываюцца, за выключэньнем адчыненьня дзьвярэй увасходзячы ў хату, то нам стане зразумелым уся шкоднасьць гэтае працы для ўсяе сям'і. Жанкі як улетку, так і ўзімку адпачынак маюць малы. Улетку, устаўшы чуць золак, дояць кароў, вараць яду, а потым ідуць разам з усімі ў поле працаваць да заходу сонца. Заўсёды пачуеш: „працуеш ад сонца да сонца“ і яно так і ёсьць. У самую цяжкую летнюю часіну працы ў дзень—няма ніякага адпачынку. У выпадку, калі прыходзіцца быць дома, дык стараюцца найці дамашнюю працу, яе заўсёды хватае, а гуляць рэдка гуляюць. Адпачынак улетку для ўсіх бывае тады, як доўгі час ідуць дажджы. Узімку жанчыны сядзяць позна і прачынаюцца да дня, каб пачаць сваю пражу і рыхтаваць яду. Для ўсіх адпачынак—нядзеля. Мужчыны таксама ўлетку працуюць ад сонца да сонца, а бываюць і вельмі часта выпадкі, што працуюць і пасьля заходу сонца.

Праца падлеткаў: улетку пасуць кароў, сьвіньняў, авечак, а ўзімку некаторыя ходзяць у школу. Другія толькі дапамагаюць бацькам у гаспадарцы.

Фізычны стан, хваравітасьць насельніцтва і мэдычная дапамога. Хваравітасьць насельніцтва за час з 1-га студзеня—па ліпень месяц 1927 г. па матар'ялам мэдычнага пункту (амбуляторн. наведваньні галоўным чынам) складаецца з тых хвароб, якія я паказваю на табліцы:

	Страўніч.-кішэчныя хваробы		Г. В. С.		Скурныя хваробы		Інф. хваробы				Рэматызм		Сэрдэчн. хваробы	
							Малярыя		Грып					
	Род	Кол. год	Род	Кол. год	Род	Кол. год	Род	Кол. год	Род	Кол. год	Род	Кол. год	Род	Кол. год
	ж.	33	м.	29	ж.	32	ж.	15	м.	13	м.	16	м.	38
	ж.	27	м.	26	м.	39	ж.	19	м.	17	—	—	ж.	51
	ж.	4	м.	23	м.	28	м.	20	—	—	—	—	ж.	19
	м.	1 г. 4м.	—	—	ж	20	—	—	—	—	—	—	—	—
	м.	1 г. 6м.	—	—	м.	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Усяго	5	—	3	—	5	—	3	—	2	—	1	—	3	—

Эпідэмічнай хваравітасьці (на вадзёр, шкарлятыну і інш.) за гэты час ня было. Па ўласнаму нагляданьню (агляду хворых у вёсцы).

Хваравітасьць насельніцтва амаль супадае з тымі хваробамі, якія разглядаліся мною ў табліцы па мат. мэдпункту.

З усіх выпадкаў, якія давялося бачыць пры аглядзе, было некалькі сухотных, страўнічна-кішэчных, каўтуна і жаночых хвароб. Устанавіць залежнасьць гэтых хвароб ад якіх-небудзь фактараў (вады, умоў жыцьця і г. д.) не прадставілася магчымым. Але па роспытам жыхароў былыя хваробы насельніцтва: „тыфус“, „гішпанка“, вельмі хутка распаўсюджваліся ў вёсцы. Гэта дае нам магчымасьць думаць (пры тых самых умовах жыцьця), што хуткаму распаўсюджваньню заразных хвароб, дапамагала водакарыстаньне.

За мінулыя два гады таксама эпідэмічных хвароб ня было. Па ўласнаму нагляданьню сухоты ў вёсцы ёсьць.

Каўтун тут сустракаецца ў такім-жа % як і ў іншых вёсках Тур. раёна, прыблізна, каля 2—3%.

Мне давялося наглядаць яе і ў старэйшых. Так, напрыклад: сухотны мужчына 54 год запусьціў каўтун, каб выгнаць хваробу ў косы; доўгі час яму рабілася лягчэй (ад гэтага), але ў сучасны момант ён адчувае дрэнна (III стад. tbc па Ранке). Я прывёў яго як прыклад, што каўтун „запускаецца“ ў хворых—як у малых так і ў дарослых. Дзякуючы існуючаму павер'ю, такім чынам вядуць барацьбу з некаторымі хваробамі. Усякая хвароба, якая доўгі час не пакідае хворага, падае думку аб каўтуне, якога патрэбна выгнаць з сярэдзіны ў валасы. Вось чаму такія хваробы як сухоты, амаль заўсёды бываюць у каўтунаватых дарослых. Дзеці альбо дарослыя з каўтуном ня мыюцца з-за баязьні, каб ня скорчыла ног альбо рук ці не асьляпіла. Астрыгчы таксама забаронена, пакуль ён сам не адпадзе, бо калі астрыгчы, дык зробіцца з хворым усё тое, што і пасьля вады. Усе гэтыя павер'і і забароны моцна ўкараніліся ў насельніцтва і малыя дзеці з-запушчаным каўтуном ніколі ня мыюцца, пакуль не адпадзе сам. Усё апісанае вышэй не выяўляе ўсяе хваравітасьці насельніцтва: значная адлегласьць ад бальніцы ня спрыяе звароту за мэдычнай дапамогай, шмат хворых, я ўбачыў пры аглядзе, не зварочваліся ў раённую бальніцу. Інвалідаў працы—1 мужч. (бяз рукі), атрымаў сваю інваліднасьць ад сячкарні. Глуханямых—адна жанчына; дзьве жанчыны сьляпыя на абое вачэй і адна на адно вока. Прычыну іх калецтва, устанавіць не ўдалося.

Санітарных установ у вёсцы, акрамя санітарнае камісіі пры с/савеце, няма. Камісія санітарная ніякай працы па аздараўленьню вёскі амаль не праводзіла. Доктар у вёсцы бывае па вызаву, вельмі рэдка; да мэдычнай установы (р. бальніцы) адносіны насельніцтва самыя звычайныя. Калі добра захварэе, папрабаваўшы вясковых сродкаў барацьбы („шаптух“, „бабак“), толькі тады селянін альбо сялянка зварочваецца ў Тураў да доктара. Вядома, што шмат выпадкаў, ня маючых магчымасьці атрымаць у пору належную мэдычную дапамогу, мелі абастрэньне працэсу і гіблі ад далёка зашэдшага стадзія сухот і інш. хвароб. Я тут спынюся на некаторых народных сродках барацьбы з хваробамі. Трасца самая распаўсюджаная тут хвароба (асабліва ўвесну); на яе захворваюць па некалькі раз кожны на сваім жыцьці. Лечацца, акрамя хіны, коранем лапушніка (які расьце ў рацэ), гарбарным квасам і інш. Быў выпадак сьмерці хлопчыка, які, спасаючыся ад „хондзі“, выпіў, па парадзе гарбарнага квасу. Ад сухотаў п'юць з дубовае кары (малад. дубкоў) настой, а таксама настой і лісьцяў бабоўніка (fol. trifol. fibrini). Страўнічна-кішэчныя хваробы таксама лечацца народнымі сродкамі—пры хваробе „залатнік“, па мясцоваму,—у падложачнай во-

бласьці болі, якія падкатываюць і нудзяць (так мне растл. был. фэльчар); лечацца ад гэтае хваробы як мужчыны так і жанчыны ў спэцаў „бабак“, якія шэпчуць на жывот, мнуць яго, а калі гэта не дапамагае, дык ставяць „гаршок“. Шаптаньне ня простае, раскладваецца на „тры зары“ (увечар, раніцою і зноў увечар). Мы бачым, што поруч з нявіннымі сродкамі барацьбы, сустракаюцца і такія, якія для арганізму не абы якія і ня раз прыводзяць да сьмерці.

Характарыстыка культурнага ўзроўня насельніцтва.

Пісьменнасьць сярод насельніцтва распаўсюджвалася да імпэрыялістычнай вайны вельмі кепска. Ня было школы. Вучыліся чытаць „па хатах“, галоўным чынам, славянскую кнігу—„Азбучку“, каб навучыцца маліцца богу. Дзяўчат мала пускалі вучыцца—1—2 зімы, а некаторыя і гэтага не рабілі. Мужчыны падвучваліся некаторыя ў „маскалёх“. Пасьля імпэр. вайны і Кастрычнікавае рэвалюцыі пісьменнасьць стала распаўсюджвацца лепш—была адчынена школа, а ў 1926 г. хата-чытальня. Цяпер налічваецца пісьменных (крыху чытаюць і пішуць) каля 80% мужчын і каля 40% жанчын. Дзяцей школьнага ўзросту (ад 7—14 г.) ахоплена школай—49 асоб; з іх: 42 бел. і 5 яўр.; па роду: 22 жанчын і 27 мужч.; неахопленых дзяцей школьнага ўзросту: 18 мужчын і 20 жанчын. Літаратуры, акрамя неабходных падручнікаў, пры школе мала. Неахоплены дзеці школай з-за прычыны малакультурнасьці насельніцтва. Некаторыя бацькі проста ня хочуць пускаць сваіх дзяцей у школу, асабліва дзяўчат, кажучы, што „навука ім не патрэбна“ і г. д., прымушваючы іх працаю дапамагаць у гаспадарцы. Малыя дзяўчаткі ў 7—8 год прывучаюцца да працы, а хлапцы дапамагаюць у чым іншым (альбо гуляюць), а ўлетку пасуць жывёлу. Школа мае сьветлае і досыць прасторнае памяшканьне. Асьвятленьне яе—10 вокан і дзьве лямпы (20 і 5 лін.). Коэфіцыэнт асьвятленьня 1:8. Кубатура клясы 147,5 мэт. Патрэбнае абсталяваньне не задавальняючае. Умовы санітарныя ня вельмі добрыя: падлога мыецца раз у тыдзень і адзін раз у гаду (перад вучэньнем увосень) робіцца дасканалая чыстка сьцен і столі (бяленьне). Школьная нагрузка сярэдняя ў працягу 7—8 гадз. (з полуднем і пераменкамі). Дзеці, якія ходзяць у школу, маюць якую-небудзь вопратку і абутак (лапці, гамашы, боты).

Гігіенічныя навыкі сярод насельніцтва, галоўным чынам, распаўсюджваюцца школьнымі дзяцьмі. Можна ўбачыць ня раз, як дзеці, якія ходзяць у школу, патрабуюць мыцца з мылам. Але ўсётакі процант іх малы; большая частка дзяцей мае брудныя рукі і цела, ня кажучы аб вопратцы. Даць апісаньне фізычнага стану школьнікаў нельга, бо мэдычнага агляду ніколі ня было, а сам яго зрабіць ня змог з-за летняга часу. З культурных установаў маецца, як раней упаміналася, хата-чытальня. Яна знаходзіцца ў сялянскай хаце і з гэтай прычыны кепска вядзе сваю працу. Для яе будуецца новы будынак (буд. сельсавету і хаты-чытальні); пры ёй (хаце-чыт.) маюцца тры гурткі: палітычны, драматычны і профсаюзны, усе яны вядуць сваю працу ў памяшканьні школы. За летні і вясновы часы, драмгурток даў тры спэктаклі. Палітгурток складаецца з партыйцаў, камсамольцаў (16 асоб). Профгурток складаецца з сяброў саюзу зямлі і лесу. Заняцьце праходзіць кожны дзень ва ўсіх гуртках.

Насельніцтва свой час у сьвята скарыстоўвае розна: жанатыя едуць альбо ідуць у Тураў ці ідуць у сваю цэркаў, а некаторыя паабедаўшы кладуцца адпачываць. Моладзь ідзе альбо едзе ў Тураў днём, а ўвечары ладзіць „вечарынкі“ і гульні. П'янства наглядаецца мала. Выпіваюць толькі на „беседах“ (вясельле, радзіны, памінкі і інш.) „расійскую горкую“ і з гэтай прычыны самагонку ня гоняць і рэдка ўжы-

ваюць. Хуліганства наглядаецца рэдка і дзеля гэтага барацьбы з ім асаблівай не вядуць. У цэркаў ходзяць больш старэйшыя, але і тыя па звычаю чым з-за рэлігійнага пачуцьця. Праяў сямейнага новага быту сярод насельніцтва няма (чырв. вясельля і інш.).

Грамадзка-палітычны быт. З грамадзкіх мясцовых арганізацый маецца ячэйка Мопр, якая налічвае 34 асобы. Грамадзка-палітычная актыўнасьць сялян досыць значная, галоўным чынам, заможнай часткі; больш пасыўная—бядняцкая. Правесьці якое-небудзь мерапрыёмства (рамонт мастоў, дарог) цяжка; спрачаецца больш заможная частка сялян. Дзякуючы малапісьменнасьці і мала-культурнасьці сяляне газэт ня выпісваюць. На ўвесь сельсавет розных газэт выпісваецца 34 экз.; гэтыя газэты выпісваюцца ў сельсавет і ў хаты-чытальні і толькі вельмі малы процант выпісваецца самастойна сялянамі. Газэты: „Савецкая Беларусь", „Зьвязда", „Беларуская вёска" і цэнтр. расейскія—„Праўда", „Беднота". Газэты чытаюцца сялянамі мала, яны жывуць рознымі „чуткамі", якія хутка распаўсюджваюцца на вёсцы.

Санітарная камісія працуе слаба і ня мае ніякіх вынікаў сваей працы. У вёсцы знаходзіцца сельсавет. Праца яго разьбіта на пяць розных галін (камісій). Сельска-гаспадарчая—16 асоб; шляха-будаўнічая—15 асоб.; грашова-падатковая—10 асоб; коопэратыўная—11 асоб; школьна-здраваахоўныя—13 асоб. Праца ўсіх гэтых камісій, за выключэньнем апошняй, досыць актыўная.

Да працы сельсавету насельніцтва адносіцца актыўна. З мясцовых партыйных і комсамольскіх арганізацый, ёсьць ячэйка ЛКСМ і некалькі партыйцаў, якія таксама складаюць ячэйку. Усіх партыйцаў і комсамольцаў—18 асоб. Уплыў на сялянства маюць малы з прычыны слабай дзейнасьці.

Агульныя вывады.

У сучасны момант, вёска мае яшчэ шмат недахватаў з матар'яльнага боку і адмоўных бакоў санітарна-гігіенічнага стану і быту. У большасьці насельніцтва свайго хлеба не хватае і падсобным заработкам зьяўляецца—сплаў лесу. Вёска мае шмат праяў новага грамадз. быту: хата-чытальня, ячэйкі, саюз, усе гэтыя арганізацыі, ва ўмовах далёка не задавальняючых, вядуць вялізарную культурна-грамадзкую працу па перабудове вёскі на сацыялістычны лад.

Патрэбна больш зьвярнуць увагу на працу мясцовых арганізацый, дапамагаць ім, каб тыя недахваты, якія маюцца ў іх працы, хутчэй зьнішчыць.

Для палепшаньня санітарна-гігіенічнага і бытавога становішча, патрэбна ўжыць наступныя мерапрыёмствы.

1. Пабудаваць дастатковую колькасьць грамадз. студняў.
2. Пабудаваць лазьню.
3. Канал „Бычок" патрэбна абгарадзіць у межах вёскі, паглыбіць яго і забараніць карыстацца з яго вадою.
4. Патрэбны выезды доктара для вядзеньня гугарак на санітарна-гігіенічныя тэмы, для падняцьця на належную вышыню працы санкамісіі сельсавету.
5. Адчыніць летнія ясьлі.

Усе гэтыя мерапрыёмствы можна зрабіць не ў далёкі час. Прымаючы пад увагу забалочанасьць раёну, вынікам чаго—шкоднасьці, адбіваючыяся на здароўі насельніцтва, недахват для карыстаньня зямлі, патрэбна зрабіць мэліорацыю забалочаных мясцовасьцяй.

Апошнім мерапрыёмствам палепшым экономічнае становішча, а разам з гэтым быт і санітарна-гігіенічныя ўмовы жыцьця.

Искусственный аборт по материалам Витебской Городской Рабочей б-цы им. Калинина за 1926-27 г. г.

(Сравнительные данные).

М. Окунев.

Вопросу об абортах медицинской печатью, даже во всесоюзном масштабе, уделяется немного внимания. Что же касается нашей республиканской, то за все годы издания „Белорусской Медицинской Мысли", помню одну лишь статью, кажется д-ра Поляка из Минска. Исключительно безразличное отношение к этому вопросу оказывается врачебными коллективами на местах, вплоть до их научных организаций. Сужу по Витебску: за восемь лет существования декрета о легализации аборта, на собрании врачей города, кстати насчитывающем за послевоенное время 175—200 врачей, был заслушан один доклад д-ра Беленького сейчас же после издания декрета,—доклад характера, освещающего смысл декрета, историю его возникновения. Богатейший материал всех последующих лет не только не изучался, не было даже более или менее серьезной попытки к его сводке и к ознакомлению с ним широких врачебных кругов. Впрочем, одна попытка, правда с небольшим материалом, была сделана мною в 1927 году на одном из общих собраний Научного Кружка, но она собрала незначительную аудиторию в 15—20 человек врачей, близко стоящих к этому делу.

Быть может, этот вопрос утонул в той бездне общих вопросов, которыми так богата наша современность? Или аборт так глубоко врос корнями в нашу повседневность, так навалился на нас своей массой, что захлестнул наше сознательное отношение к нему? Возможно, что это отчасти и так. Но только отчасти. Интересуемся же мы другими медицинскими вопросами, и много интересуемся. Много пишем и говорим и о внематочной беременности, и о раке, и о гонорре, и о всякого рода кровотечениях, не более обрушившихся на нас своею численностью,—а об аборте менее всего. А, между тем, никто не станет отрицать колоссальной важности именно этого вопроса, теснейшим образом связанного и с такой, например, существеннейшей проблемой, как рост населения, и статикой и динамикой многих факторов в нашей жизни, например, материального благосостояния населения, его культурного уровня. Наконец, изучение этого материала в сопоставлении с материалом по тому же вопросу стран Запада, в последние годы довольно значительным, должно служить показателем целесообразности и правильности того пути, на который стал наш Советский Союз декретом 1920 года. Еще менее каждый врач станет отрицать, что практика абортов в наших условиях должна дать много ценного и с чисто медицинской стороны, как в смысле показаний и противопоказаний, так и непосредственного производства самой операции, послеоперационного режима, ближайших и отдаленных последствий. Казалось бы все это так ясно. И в то же время нет этой

ясности: мы все еще не знаем, с чем имеем дело, и как и где оно нуждается в исправлении.

Своим материалом я отнюдь не думаю дать что-либо исключительное. Я даже думаю, что он обычен для всякого среднего нашего города. Но я уверен, что все публикуемое по этому вопросу в медицинской печати, пусть это будет одной лишь каплей в общем море, суммируясь, даст требуемое представление об этом предмете и ответит на все выдвигаемые им вопросы. Пусть даже я не смогу сделать из своих цифр правильных выводов,—их сделают за меня другие, более опытные товарищи, которым мой материал станет доступным.

Цифры, приводимые мною в настоящей статье, касаются исключительно застрахованной части населения города. Отдельные единицы из других груп населения—1,5% всего числа прошедших за это время,—случайно попавшие в нашу б-цу, почти всегда в порядке неотложной помощи, этого общего положения заметно не меняет. Хочу отметить, что, к сожалению, наши истории болезни не дают многого, что желательно было-бы знать для всестороннего охвата предмета,—иногда такие упущения весьма существенны. Так, например, часто нет точных указаний на производство, где работает данная женщина или активный член ее семьи; нет такой отметки, как „замужняя, вдова, девица", что могло-бы дать иногда ключ к выяснению побудительных причин для аборта. За искусственный аборт я считал все случаи прерванной беременности до 5-ти месяцев, как поступившие для этой цели в б-цу, так и произведенные вне больницы, и доставленные уже в виде неполных абортов, при чем последние только в явных случаях искусственного вмешательства.

Как указано в заголовке, мой материал обнимает 1926 и 1927 г. г. полностью. За этс время через б-цу прошло 2676 искусственных абортов, из них в первый год—1096 и во второй—1580. Это увеличение за 1927 год само по себе могло бы и не иметь значения, поскольку за этот год, в связи с расширением многих местных фабрично-заводских предприятий, значительно выросло и число застрахованных. Но, принимая во внимание одинаковое число рождений среди этой части населения за каждый из указанных годов, по точным данным в 1800,—мы имеем, в связи с таким увеличением числа абортов, относительное падение рождаемости: 1 аборт на 1,2 родов в 1927 г. против 1,7 родов в 1926 г. Такое явление в настоящее время характерно для всех крупных городов и стран. Те же отношения по Ленинграду, например (И. Б. Левит—Журнал Акушерство и Женские Болезни, 1927 г., кн. 5), составляют: 1 аборт на 1,7 в 1926 г. против 1 на 4 в 1914 году. Цифры Benthin'а по Германии дают 1 : 2,5 в 1923 г. против 1 : 4 в 1911 г. Значительно большие цифры Benthin'а (1 : 2,5) по сравнению с нашими, надо думать, получились от того, что они касаются Германии, т.-е. в них входит население и сельское, значительно снижающее число абортов. Последнее обстоятельство имеется и в нашем Союзе; благодаря огромному количеству крестьянского населения, несмотря на несомненное падение рождаемости среди городского населения, как об этом говорят и наши цифры, и Ленинграда, и других мест, нам нечего бояться еще на протяжении многих лет судьбы Франции, где число абортов, особенно по отдельным местам, уже переросло число рождений, и речь идет уже о почти вымирании народа. Тем не менее над нашими цифрами призадуматься следует, ибо практика абортов все глубже проникает и в деревню...

Социальный состав абортных предопределен самим словом „застрахованные". Незначительная группа прочих слоев населения, предоста-

вленная всего только 1,5% общего числа за оба года, кроме того, имеет тенденцию к снижению: за 1927 год она пала до 0,99% против 2,79% предыдущего года по отношению к числу абортов за свой год. Наибольшее число падает на „пассивных“ членов семьи, и значительно меньше на „активных“. И здесь по годам только незначительные колебания для первых—74% в 1927 г. против 72% в 1926 г.,—и полная стабилизация для вторых—25% для каждого года.

Вся эта масса притекает по трем руслам,—последние говорят и о показаниях. Часть поступает из „Комиссий“, часть как „неполные“ аборты и часть по запискам врачей и лечебных учреждений с указанием на необходимость по состоянию здоровья женщины прерывания ей беременности. Первая категория дала 54% для каждого года, вторая—снижение—20% в 1927 г. против 27% в 1926 г. и третья—увеличение—26% в 1927 г. против 19% в 1926 г. Из этих цифр можно сделать тот вывод, что социальные факторы наиболее всего и одинаково преобладают в показаниях для аборта. Об этом 54% говорят и сами за себя, а еще и тем более, что к ним без всякой погрешности можно отнести 3/4, если не всю, категорию „неполных“ абортов, и даже значительную часть из числа медицинских показаний, в большинстве необоснованных, без должного к ним врачебного подхода и часто даже без указания заболевания. Здесь чувствуется попустительство со стороны врачей и, может быть, этой легкостью получить записку на аборт от врача отчасти об‘ясняется и %-ное падение числа неполных абортов. Впрочем, о медицинских показаниях будет речь особо.

Если обратиться к возрастному составу, то крайние годы—16 и 54; при чем наибольшее число падает на возраст от 21 до 40 лет, уменьшаясь по обе стороны, что видно из следующей таблицы:

	До 20 лет	21—30	31—40	41—50	51 и выше
1926 г.	6% *)	65%	26%	3%	—
1927 г.	10%	52%	32%	5,85%	0,15%

Она чрезвычайно показательна. Прежде всего рост до 20 лет. При всей известной, рано начинающейся половой жизни в наше время, за этим ростом кроется увеличение прерывания первой или даже ряда первых беременностей. Если учесть то обстоятельство, что именно аборты у нерожавших и дают наибольшее число отдаленных последствий, в виде бесплодия и проч., то этот рост станет еще более выпуклым. Несколько смягчает его следующая графа, за которой чувствуется как бы стремление женщины и к самосохранению и к желанию обзавестись возможной по ее средствам семьей. В дальнейшем (см. следующие графы), очевидно, этому стремлению кладется предел: семья уж оформлена и дальше итти нет ни возможности, ни желания.

Большинство из подвергшихся аборту женщин рожавшие: 89% в 1926 г. и 81%—в 1927 г., остальные нерожавшие. Но если при абсолютно большой цифре рожавших замечается некоторое падение в 1927 г., то по отношению к нерожавшим мы имеем обратное: 19¾ в 1927 г. против 11% в 1926 г. Последнее обстоятельство подтверждает мысль, высказанную нами по отношению к возрастной группе до 20 л. Что же касается рожавших, то из них, как видно из прилагаемой таб-

*) Все проценты, как и повсюду в дальнейшем, исчислены по отношению к общему числу абортов за свой год.

лицы, превалируют рожавшие по „2“ и по „3 раза“, затем по „1 разу“ и в нисходящем порядке—по „4 и больше“.

	По 1 разу	По 2 раза	По 3 раза	По 4 и бол.
1926 г. .	30%	31%	16%	23%
1927 г. .	20%	42%	17%	21%

Из сопоставления 1 и 2 графы можно думать, что имеется стремление к ограничению деторождения двумя детьми. Конечно, здесь может итти речь только о предположениях, хотя и вероятных, ибо средний заработок семьи застрахованного, в большинстве своем имеющего одного лишь активного члена, вряд ли может позволить себе роскошь иметь больше двоих детей.

В 1927 году наблюдается повышение проц. первичных абортов—60% против 53% 1926 года и понижение среди повторных—40% в 1927 г. против 47% предыдущего года. Очевидно, те „этиологические“ моменты, которые вынуждают с начала половой жизни избегать рождения детей—молодой возраст, отсутствие прочного заработка, неоформленность брачных отношений, случайная беременность—или кое-что из этого, или все это вместе, и многое еще другое,—все эти моменты не ослабевают в нашей жизни. И, вероятно, чисто случайным является понижение повторных, так как „этиология“ и там не имела много данных измениться к лучшему,—абсолютная же их цифра достаточно велика. И вряд ли можно об‘яснить это падение страхом перед абортом у уже испытавших его и даже пострадавших от него своим здоровьем: страх, если и есть, приглушается велением жизни. Так, „бытие определяет сознание“.

Что это так, показывают данные: „который раз аборт производится“. Из них, по понятным причинам, не вполне отвечающим действительности, скорее преуменьшенным, чем преувеличенным, видно, что большинство за каждый из указанных годов приходится на аборты по 2-му (59% в 1927—47% в 1926) и по 3-му (22% в 1927—32% в 1926) разу. Затем, начиная от 10%—12% за те же годы по 4-му разу, и все понижаясь, доходят до 17 (один в 1927 году) и 21 (один в 1927 г.).

Пояснять эти цифры, думаю, не приходится,—они достаточно красноречивы.

Различны сроки беременности, в которых аборт произведен. Предельные от 5 недель до $4\frac{1}{2}$ мес., при чем выше 10 недель почти исключительно поступившие уже с кровотечениями. Наглядно это видно из таблицы.

	До 2-х мес.	$2-2\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}-3$	$3-4\frac{1}{2}$
1926 г. .	84%	15%	0,9%	0,1%
1927 г. .	67%	29%	3%	1%

В общем, эта картина, надо полагать, мало чем отличается от других мест, где аборты производятся. Здесь ясно выступает взгляд, проводимый врачами, что самое лучшее время для производства аборта—до $2\frac{1}{2}$ мес. Бросается в глаза только значительное увеличение в 1927 г. более поздних сроков,—в пределах до $2\frac{1}{2}$ месяцев—и некоторое увеличение выше этого предела,—за счет резкого уменьшения сроков до

2-х месяцев. Это явление имело в том году свое об‘яснение в чрезвычайно остром коечном кризисе в б-це и, как следствие его, в затягивании сроков беременности, но не позже 9—10 недель. Остальные, как я уже указывал выше, относятся к неполным абортам, возможно из числа тех, что получили отказ за поздним сроком и обратились за „помощью“ к кому-либо вне б-цы.

Если пожелать уяснить себе те медицинские показания, по которым производился аборт, то в них такая пестрота, которая во всяком случае не говорит о каких-либо выдержанных руководящих принципах. Достаточно указать, что довольно почетное место занимает графа „неуказанных заболеваний“. По отдельным заболеваниям совершенно не видна степень, а, значит, и необходимость прерывания беременности. В 1927 г. появляется новая графа „разные“, в которую входят, например, анемия, warices, истощение и даже грыжа,—при том без всяких пояснений.

Присматриваясь к приведенной тут таблице,

	Туберкулез	Сердце и сосуды	Неуказанные	Аномал. таза	Почки и моч. пути	Токсикозы бер.	Печень и желч. пути	Орг. внутр. секреции	Сифилис	Душ. и нервные болезни	Бол. глаз	Разные
1926 г. . .	44%	20%	18%	5%	4%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	—
1927 г. . .	34%	23%	24%	1%	5%	5%	1%	1%	1%	2%	—	3%

а особенно к историям болезни, трудно с уверенностью сказать, об‘ясняется ли понижение в 1927 г. показаний по туберкулезу против 1926 г. или повышение за тот же год по болезням сердца какими-либо серьезными причинами,—не указаны ни стадия ТВС, ни степень заболевания сердца. Нет, например, указаний, подвергались ли токсикозы или сифилис или болезни почек предварительному лечению. Сама по себе значительная по своей численности номенклатура болезней очень характерна. Надо согласиться с тем, что круг заболеваний не может быть ограничен, ибо нет болезни, а есть больной, который разно воспринимает и реагирует. Кроме того, „ранимость населения по сравнению с довоенными годами, несомненно, повысилась. Но это не должно освобождать врача от научного, клинического подхода к установлению медицинских показаний. Если в медицинской литературе, в том числе и в нашей отечественной, и трактуются иногда вопросы, при каких именно формах тех или иных заболеваний показуется прерывание беременности, то совершенно незаметно желания врачей придерживаться этих указаний. Есть, наоборот, большое желание итти навстречу аборту без учета этих указаний, а иногда и вопреки ему. Правильно ли это? Думаю, что нет. Мы располагаем достаточной свободой по линии социальных показаний и нет поэтому нужды в расширительном толковании болезней.

Переходя к вопросу о послеоперационном режиме аборта, должен сказать, что здесь полное неблагополучие. Средняя продолжительность пребывания в б-це за каждый из означенных годов—1,4 суток. Для громаднейшего большинства—64% за 1926 г. и 67% —за 1927 год,—она равняется суткам, фактически меньше, ибо аборты заканчиваются обычно к концу рабочего дня. Число остающихся на 2-е суток падает с 28% в 1926 г. до 20% в 1927 г. Даже рост 3-х дневных с 8% до 12% за те же годы и появление в 1927 г. 1% 4-х дневных не компенсирует этого неблагополучия, так как они относятся почти без исключения

к группе „неполных" абортов, для которых такая продолжительность может считаться разве лишь минимальной. Те причины, чисто хозяйственного характера, главным образом, малая емкость стационара и требуемая им быстрая сменяемость больных, вызывающие такое явление, отнюдь не могут служить оправданием. И, конечно, те отпуска, которые даются абортным—активным, ни в малейшей степени не восполняют этого не только и не столько из-за количества отпускаемых дней (3—5), сколько из-за отсутствия необходимого режима на дому. При беспечном отношении к абортам, существующем у населения во всех его слоях, при отсутствии медицинского наблюдения за ними в эти дни, эти отпуска на 3/4 не достигают своей цели. С пассивными дело обстоит еще хуже. Если стоять на правильной точке зрения, что аборт является серьезным оперативным вмешательством, результатов которого, даже и ближайших, часто нельзя учесть и в первые дни, то, надо сказать, что такое послеоперационное ведение не может иметь места.

Нижеследующая таблица представляет картину непосредственного исхода абортов в дни до выписки из б-цы:

	Без осложнений	Заболело	Осложнения во время операции
1926 г.	98,44%	1,36%	0,2%
1927 г.	94%	5,03%	0,07%

В графу „заболело" входят случаи, где наблюдались медленно проходящие кровотечения, поднятия T° до 38° на 1—2 суток; в некоторых историях болезни отмечаются неопределенного характера боли. Два случая „осложнений во время операции" относятся к имевшим место в 1927 г. двум перфорациям, замеченным во время производства операции. Один такой же случай в 1927 г. имел место вне б-цы, обнаружен был исследованием сейчас-же при поступлении. Характерно, что в первых двух случаях было выпадение сальника через перфорационное отверстие. Отмечаю это потому, что в литературе об абортах разными авторами перфорации отмечаются сравнительно часто, у некоторых в довольно значительных количествах. Живатов, например, для СССР дает цифру 0,5%. Думаю, что и в нашем материале их фактически больше,—очевидно в историях болезни отмечаются только случаи явные, не оставляющие никаких сомнений. Обманчивость всей этой, с виду благополучной, картины видна из следующего, чрезвычайно показательного, перечня ближайших осложнений и их исхода:

Ближайшие осложнения—их исход (1926 г.—17—1,55%; 1927 г.—101—6,39%):

А. Кровотечения (атонические):	1926 г.— 4. (23.53%) 1927 г.—66. (65.35%),—
— из них повторно abrasio:	1926 г.— 2, 1927 г.— 9.
Б. Воспаления (острые—обострения):	1926 г.— 9. (52.93%) 1927 г.—31. (30.74%),—
— из них:	
1. Метрит, эндометрит, метро-эндометрит:	1926 г.— 3. 1927 г.—12.

2. Пара (пери) метрит:	1926 г.— 2.
	1927 г.— 4. —
3. Оофорит, сальпингит, сальпинго-оофорит:	1926 г.— 3,
	1927 г.—15,
4. Пельвеоперитонит:	в 1926 г.— 1
	в 1927 г.— 0, —
из воспалений к группе „неполных абортов“ относятся:	в 1926 г.— 6.
(лит. А и Б)	в 1927 г.—13.

Все вновь поступили в больницу между 2—7-м днем после бывшего аборта. Выписались с значительным улучшением после 3—21 дня коечного лечения.

В. Сепсис:	1926 г.—2. (11.77%)—	Доставлены в безнадежном состоянии. Смерть в 1—2 дня.
	1927 г.—3. (2.97%)—	Доставлены в состоянии сепсиса. Выписались с улучшением после 17—42 дней пребывания в б-це.

Во всех случаях аборт произведен вне б-цы.

Г. Перфорация:	1926 г.—2. (11.77%)—	Обнаружены во время abrasio. Выписались с улучшением на 8—10 день.
	1927 г. — 1. (0.94%)—	Обнаружена до abrasio, попытка к коей была вне б-цы. Пиэмия. Выписана с улучшением на 63 день после консервативного лечения.
Д. Смертность:	1926 г.—2.	См. тут-же под лит. В.
	1927 г.—0.	

(0,07%—общая, по отношению ко всем абортам за оба года).

Их, правда, немного. Но замечается прежде всего рост в 1927 году—6.39% против 1.55% в 1926 г.—рост значительный. Здесь, надо думать, сказывается комбинированное влияние и все растущего для каждой женщины числа абортов с их явными и скрытыми изменениями местного и общего характера, и указанное мною выше отсутствие должного послеоперационного ухода.

Незначительное число повторных abrasio на значительную цифру кровотечений (Лит. А особенно за 1927 г.), конечно, в меньшей степени говорит за неполно произведенное выскабливание, и ясно указывает на какие-то стойкие изменения в слоях тела матки. Меньшая, чем кровотечения, но все же довольно значительная группа воспалительных заболеваний (Литера Б), как на это указывают их истории болезни, в громадном своем большинстве перенесла до этого аборта заболевания половой сферы. Тут и послеродовые заболевания (у одной перитонит после родов за 8 мес. до настоящего аборта), и неблагополучные, бывшие до того, аборты (одна за 2 года до этого болела после аборта тромбофлебитом,—остались боли в ноге), и гоноррея (по собственному признанию у 12), и весь прочий богатый арсенал гинекологических заболеваний. По Германии (Benthin) эта цифра достигает 10%

общего числа абортов, по понятным причинам, преимущественно неполных. Левит (см. выше) для Ленинграда дает только цифру в 19 % для самостоятельных абортов. Разделы под лит. В и Г не требуют пояснений, о смертности скажу особо.

Из разделов А и Б надо еще сделать и тот вывод, что нужно более внимательное и строгое отношение врачей к противопоказаниям для аборта. В комиссиях, там, где они еще доживают свое ненужное существование, не должны приниматься женщины без записок врачей-специалистов, и эти записки должны быть неоставляющими никаких сомнений документами, что медицинских противопоказаний для производства аборта в данном случае нет.

Каждый направляющий врач-специалист должен самым подробнейшим образом собрать анамнез, не говорю уже о тщательнейшем исследовании, и при малейшем подозрении на перенесенную гоноррею, требовать справки от соответствующих учреждений или врачей. Думаю, и все врачи со мной в этом согласятся, что никакие самые страшные заявления женщин, даже часто предлагаемые записки о том, что они берут ответственность за последствия на себя, не могут освободить от такой ответственности врача. Если кого-либо из врачей не убедят в этом цифры „ближайших осложнений", то всем врачам известны отдаленные последствия абортов с их почти, а иногда и без почти, инвалидностью. Для меня, имеющего возможность наблюдать их и в б-це и в амбулатории,—и до аборта, и во время его, и после него, такая необходимость подхода к направлению на аборт совершенно неоспорима. Вопрос об отдаленных последствиях в настоящую тему моего доклада не входит.

В изложенном материале обращает на себя внимание отметка об отказе в б-це в производстве аборта. Всего их было: в 1926 г.—145, в 1927 г.—124. Причины их не безынтересны, и я позволю себе привести это также в соответствующей таблице:

	Из-за большого срока	Из-за отсутствия беремен.	Добров. отказ	Из-за заболеваний
1926 г.	54%	9%	12%	25%
1927 г.	41%	15%	6%	38%

Прежде всего, несмотря на абсолютное увеличение числа абортов в 1927 г., мы имеем понижение числа отказов на этот год. Из всего, что было представлено в моем докладе, вряд ли такое понижение отражает действительную необходимость в нем. Первая графа в значительной степени идет за счет затягивания приема в б-цу из-за отсутствия свободных мест; но имеются, по просмотренным мною запискам, достаточное число случаев, где давались направления для аборта, с заведомо большим сроком,—выше $2^1/_2$ месяцев. Этому не должно быть места,—такие сроки надо рассматривать, как медицинское противопоказание для аборта. Если это положение для кого-либо из врачей еще спорно, то необходимо в нем договориться и не создавать того непонимания и тех острых взаимоотношений, которые возникают на этой почве между врачами б-цы и поступающими для аборта. Вторая графа тоже требует известного корректива. Конечно, можно беременность видеть там, где ее нет,—это вполне законные ошибки, даже у самых опытных врачей. Но часто даются направления в случаях еще

неясной беременности, иногда по настоянию женщины, боящейся „пропустить срок". Думаю, что и этого делать не следует. Кроме того, что и это ведет к целому ряду недоразумений, такая поспешность ничем не диктуется. Во-первых, не страшно выждать до выяснения и, во-вторых, все видные врачи, работающие в этой области, не рекомендуют производить аборт до 6 недель из-за возможности эктопической беременности, что, конечно, имеет свое основание. Характерна и третья графа. Она указывает на то, что некоторые женщины, идущие на аборт без острой нужды в нем, в последний момент, под тем или иным влиянием врача, от аборта отказываются. Такая санпросветительная работа врача, конечно, со всяких точек зрения целесообразна. Отказы из-за болезней, довольно значительные, только подтверждают то, о чем я уже говорил выше. Мало того, что они указывают на невнимательность врачей, дающих записку, и на чувство их безответственности к таким выдачам, они опять же вызывают целый ряд недоразумений и естественное недовольство у женщин.

Что касается смертности, то по нашим данным она исчисляется в 0,07% по отношению к общему числу абортов за оба года. Подробно о них выше. (Ближайшие осложнения—их исход. Лит. А). По данным Левита для Ленинграда 0%, по данным Benthina для Германии—10%,— из-за преобладающего, конечно, числа неполных абортов.

Заканчивая изложение своего материала, хочу сделать из него некоторые выводы:

1. Материал характерен для всякого нашего города из-за преобладания в них застрахованных.

2. Количество абортов по городу растет не только абсолютно, но и относительно числа рождений. Это положение отнюдь не стоит в связи с легализацией у нас аборта, ибо такое явление наблюдается в еще большей мере в странах, где аборт не узаконен.

3. Медицинские показания, и особенно противопоказания, требуют более внимательного и строгого их изучения со стороны врачей, и никакого послабления в разрешении абортов с этой стороны быть не должно.

4. Госпитализация абортных больных должна быть проведена по всем требованиям, пред'являемым абортом, как серьезным оперативным вмешательством.

5. Необходима систематическая и упорная санпросветительная работа в смысле ознакомления населения с ближайшими и отдаленными последствиями абортов.

Вынікі пагалоўнага агляду вачэй прызыўнікоў 4-х раёнаў Менскай акругі.

Ардынатар Клінікі **С. Н. Купрэяў**.

(З Вочнай Клінікі Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.
Дырэктар Клінікі — **праф. С. Д. Камінскі**).

Увосень 1928 году ў часе працы ў прызыўной камісіі па Менскай акрузе мною быў вытваран пагалоўны агляд вачэй прызыўнікоў 4-х раёнаў Менскай акругі (Койданаўскага, Вузьдзенскага, Грозаўскага і Капыльскага) і адначасова знадворны агляд вачэй вучняў двух раённых цэнтраў—мястэчак Койданава і Грозава.

Атрыманыя вынікі агляду не даюць права рабіць якія-небудзь агульныя вывады з-за свайго невялічкага матар'ялу, тым ня менш яны даюць повад закрануць некаторыя агульныя пытаньні, якія будуць толькі разьвязаны пры далейшым намнажэньні падобных дадзеных.

Лічу неабходным сказаць некалькі слоў адносна эканамічнага і культурнага дабрабыту насельніцтва адзначаных раёнаў, дзе быў утворан пагалоўны агляд вачэй у прызыўнікоў і вучняў. У пераважнай сваёй масе насельніцтва ўсіх 4-х раёнаў у параўнаньні з другімі раёнамі Беларусі адносіцца к адным з найбольш заможным раёнам. У мястэчках Койданаве і Грозаве ў рынычныя дні зьяжджалася шмат вакольных сялян. Местачковыя рыначныя плошчы не маглі іх поўнасьцю зьмясьціць і хурманкамі былі заняты сумежныя вуліцы. Жывёла ўсіх выглядаў, збожжа, бульба, гародніна і іншае ў вялікай колькасьці запаўняла рыначныя плошчы—і ўсё гэта ўтварала ўражаньне бойкага і заможнага кірмашу. Вопратка і абутак сялян, іх добрыя коні і запражка рабілі ўражаньне, што на рынак зьехаліся толькі заможныя сяляне. Усім вядомыя беларускія лапці ў выглядзе абутку можна было толькі з цяжкасьцю адшукаць. Узаемная сувязь між эканамічным дабрабытам і культурнасьцю насельніцтва тутака асабліва падкрэсьліваецца. Сярод прызыўнікоў за рэдкім выключэньнем сустракаліся паасобныя выпадкі зусім няпісьменных.

З прадстаўленых трох табліц у першай прыведзены вочныя хваробы прызыўнікоў. Цыфравыя дадзеныя аб'яднаны па Койданаўскаму і Вузьдзенскаму раёну і па Грозаўскаму і Капыльскаму. Першыя два суседнія раёны знаходзяцца на адлегласьці каля 100 вёрст ад двух другіх—таксама суседніх раёнаў, а таму іх зручна прадставіць паасобна.

Па Койданаўскаму і Вузьдзенскаму раёнам агледжана 966 прызыўнікоў, з якіх 186 хворых на вочы, што складае 19,3 %, з іх трахомных 1,04%, а іншых хвароб вачэй 18,0%. Адносіны проц. трахомных хворых к іншым вочным хворым складае 5,4 : 94,6. Па Грозаўскаму і Капыльскаму раёнам агледжаных 1245 чалавек, з якіх 314 хворых на вочы, што складае 25%, з іх трахомных 2,09%, а іншых хвароб вачэй 23,1%. Адносіны проц. трахомных хворых к іншым вочным хворым складае 8,3 : 91,7. Пры аб'яднаньні дадзеных па ўсім 4-м раёнам атрым-

ліваюцца ніжэйпаказаныя вынікі. На 2211 агледжаных прыпадае 500 вочных хворых, што складае 22,6%, з іх трахомных 1,6%, а іншых хвароб вачэй 21%. Адносіны проц. трахомных хворых к іншым вочным хворым складае 7,2 : 92,8. Сярод усіх агледжаных 2211 прызыўнікоў адзначана 7 выпадкаў сьлепаты на адно вока, што складае 0,32% альбо 32 чал. на 10.000. Прычынай сьлепаты зьяўляюцца ў 4-х выпадках leucoma adherens totale (з фцізісам вочнага яблыка ў адным выпадку) у сувязі з хваробамі рагавіцы, у 2-х выпадках раненьне вачэй (anophthalmus post enucleatio et cataracta traumatica з неправідловым сьвятлаадчуваньнем) і ў адным выпадку прыраджоны anophthalmus. Удвойчы меншы проц. трахомных для Койданаўскага і Вузьдзенскага раёну (1,04) у параўнаньні з Грозаўскім і Копыльскім (2,09), як відаць, трэба тлумачыць блізасьцю першых двух раёнаў да г. Менску (20—30 вёрст) і параўнаўчай далечынёй двух другіх (80—100 вёрст). Цыфра сьляпых на адно вока ў 5 чалавек па Грозаўскаму і Копыльскаму раёнам у параўнаньні з 2-м чалавекамі сьляпых па Койданаўскаму і Вузьдзенскаму раёну таксама падцьвярджае гэту думку.

У другой табліцы прадстаўлены вочныя хваробы вучняў па знадворнаму пагалоўнаму агляду. Агляду падпалі 1085 вучняў, з якіх 149 хворых на вочы, што складае 13,7%, з іх трахомных 0,7%, а іншых хвароб вачэй 13,0%. Адносіны проц. трахомных хворых к іншым вочн. хворым складае 5 : 95. Сярод вучняў адзначана трое сьляпых на адно вока. Прычынай сьляпоты зьяўляюцца ў двух выпадках раненьне вачэй (Buphthalmus et Phtisis bulbi) і ў адным выпадку хвароба рагавіцы (leucoma adherens cum cataracta complicata з няправідловым сьвятлаадчуваньнем). Неабходна адзначыць, што сярод вучняў яўрэйскіх школ ня знойдзена ні аднаго выпадка трахомы. Усе 8 чалавек трахомных вучняў маюць сваё пахаджэньне з вакольнага вясковага насельніцтва. Такім чынам, удвойчы меншы проц. трахомных сярод вучняў (0,7) у параўнаньні з прызыўнікамі (1,6) тлумачыцца тым, што склад прызыўнікоў выключна прадстаўляе вясковае насельніцтва, а склад вучняў больш культурнае местачковае насельніцтва. Выключэньнем зьяўляецца Койданаўская польская сямігодка з 2,1% трахомных, што лёгка аб'ясьніць наяўнасьцю пры сямігодцы інтэрнату на 40 чалавек вучняў з бяднейшага вясковага насельніцтва і некаторага ліку беспрытульных дзяцей.

Цяпер паўстае пытаньне, сапраўды лі % трахомных прызыўнікоў вызначае ступень заражэньня трахомай усяго насельніцтва? Па літаратурным дадзеным усіх дасьледчыкаў жанчыны хварэюць трахомай часьцей, чым мужчыны. Па маім дадзеным пагалоўнага агляду насельніцтва Халопеніцкага раёна, Менскай акругі ў 1928 годзе адзначана 10,5% трахомных жанчын і 6% мужчын—пры 8,5% трахомных сярод усяго насельніцтва. Адгэтуль належа, што % трахомных сярод усяго насельніцтва будзе некалькі вышэй, чым сярод прызыўнікоў—за рахунак жаночай часткі насельніцтва.

З параўнаньня атрыманых вынікаў агляду прызыўнікоў з маючыміся літаратурнымі дадзенымі пагалоўных аглядаў насельніцтва другіх раёнаў Менскай акругі можна адзначыць з уцешнасьцю слабую заражонасьць трахомай насельніцтва 4-х вышэйпамянёных раёнаў Менскай акругі. Так, па Барысаўскаму раёну па дадзеным д-ра Радштэйна налічваецца 36,5% трахомных (1925), па Лагойскаму па дадзеным доктара Дворжаца—11,4% (1924), па аб'яднаным вынікам па Сьмілавіцкаму і Лагойскаму па дадзеным праф. Камінскага—11,6%, па Халапеніцкаму па маім дадзеным—8,5% (1928).

У трэцяй табліцы прадстаўлены вочныя хваробы і адхіленьні рэфракцыі, прызначаючыя прызыўнікоў няздатнымі ў кадравы склад войска. З 2211 прызыўнікоў 218 прызначаны няздатнымі ў кадравыя часьці, што складае 9,9%, з іх на адхіленьне рэфракцыі прыпадае 4,5%, на хваробы кан'юнкцівы—3,5% і на іншыя хваробы вачэй—1,9%. Такім чынам, адхіленьне рэфракцыі займае першае мейсца ў вызначэньні няздатнасьці прызыўнікоў у кадравыя часьці, складае без малага палову агульнага ліку няздатных. Прычым, на гіпэрмэтрапічную рэфракцыю прыпадае 2,3%, на міапічную—2,0% і на мешаную—0,2%. Злаякасная нізкавокасьць была адзначана ў 15 выпадках, што складае 0,68% усіх 2211 прызыўнікоў альбо 68 чалавек на 10.000. Графа „фалікулярны кан'юнкцівіт падазроны на трахому" зьмяшчае ў сабе 40 чалавек, з якіх большасьць належыць да трахомы, а невялічкая частка да хранічных кан'юнкцівітаў з паасобнымі фалікуламі. Прычыны пахаджэньня апошніх пры ўмовах прызыўной камісіі не ўдалося высьвятліць. Так як ва ўсіх 40 выпадках не ўдалося дакладна разрозьніць між трахомай і хранічным кан'юнкцівітам з большай альбо меншай колькасьцю фалікулаў, дык яны і падведзены пад вышэйазначаную графу. Гэта было тым больш неабходна, што незьлячымыя хранічныя кан'юнкцівіты складаюць вялікі цяжар для іх насіцеляў і, напэўна, моцна перашкаджаюць нармальнай працы чырвонаармейцаў.

Сканчывая сваё паведамленьне, я лічу, што належала-б усім акулістам, працуючым у прызыўных камісіях, праводзіць пагалоўныя агляды вачэй прызыўнікоў і апавяшчаць у друку свае матар'ялы, якія датычацца здароўя вачэй працоўнага насельніцтва.

Прынашу падзяку праф. Камінскаму за паказаньні ў працы.

Літаратура:

1. „Трахома, ступень яе распаўсюджаньня ў Беларусі і меры барацьбы з ёй", праф. Камінскага. Працы І-га Ўсесаюзнага зьезду вочных ўрачэй у 1927 г.

2. „Вынікі 2-х тыднёвай працы вочнага атраду ў м-ку Лагойску, Барысаўскага павету, Менскай губ.", М. А. Дворжаца, Белар. мэд. дум., т. І. № 2-3 за 1924 г.

3. „Трахома і арганізацыя барацьбы з ёй у Барысаўскай акрузе па дадзеным пагалоўнага агляду", д-ра Радштэйна. Таксама т. ІІ, № 1-2 за 1925 г.

4. „Трахома ў Халопеніцкім раёне, Менскай акругі па дадзеным трохтыднёвага дасьледваньня", д-ра Купрэява. Таксама, т. IV за 1928 г.

С. К.

Табліца № 1.

Вочныя хваробы прызыўнікоў (па пагалоўнаму агляду).

Назва раёнаў	Колькасьць агледжаных	Агульны лік вочных хворых	% вочных хворых	Колькаснае разьмеркаваньне вочных хворых: Трахома	% трахомных хворых	Хвар. павек і кан'юнкцівы: фалікулярны кан'юнкцівіт	іншыя хваробы павек і кан'юнкцівы	Хваробы сьлёзных пуцей	Хваробы рагавіцы	Унутрывочныя хваробы	Іншыя хваробы вачэй	Агульны лік вочных хворых, акрамя трахомных	% вочных хворых выключая трахомных	%% суадносіны вочных хворых: % трахом. хвор. ка ўсім вочным хворым	% інш. вочн. хворых ка ўсім вочн. хворым	Колькасьць сьляпых: на адно вока	на абодвы вокі
Койданаўскі і Вузьдзенскі	966	186	19,3	10	1,04	52	96	1	11	4	12	176	18,2	5,4	94,6	2	0
Грозаўскі і Капыльскі	1245	314	25,0	26	2,09	110	151	2	12	5	8	288	23.1	8,3	91,7	5	0
Разам	2211	500	22,6	36	1,6	162	247	3	23	9	20	464	21	7,2	92,8	7	-

Табліца № 2.

Вочныя хваробы вучняў (па знадворнаму пагалоўнаму агляду).

Назва школ	Колькасьць агледжаных	Агульны лік вочных хворых	% вочных хворых	Лік трахомных хворых	% трахомных хворых	Хвар. павек і кан'юнкцівы: фалікулярны кан'юнкцівіт	іншыя хваробы павек і кан'юнкцівы	Іншыя хваробы вачэй	Агульны лік вочн. хворых, акрамя трахомных	% вочных хворых, выключая трахомных	%% суадносіны вочн. хвор.: % трах. хвор. ка ўсім вочн. хворым	% інш. вочн. хвор. ка ўсім вочн. хвор.	Колькасьць сьляпых: на адно вока	на абодвы вокі
Койданаўская беларуская сямігодка	385	53	13,8	3	0,8	24	20	6	50	13,0	6	94	1	0
Койданаўская польская сямігодка	140	26	18,6	2	2,1	16	5	2	23	16,0	11,5	88,5	0	0
Койданаўская яўрэйская сямігодка	150	32	21,0	0	0	12	16	4	32	21,0	0	100	2	0
Грозаўская яўрэйская чатырохгодка	75	9	12.0	0	0	6	3	0	9	12,0	0.	100	0	0
Грозаўская сямігодка	335	29	8,7	2	0.6	8	15	4	27	8,0	7	93	0	0
Разам	1085	149	13,7	8	0,7	66	59	16	141	13,0	5	95	3	0

Табліца № 3.

Вочныя хваробы і адхіленьні рэфракцыі, прызначаючыя прызыўнікоў няздатнымі ў кадравы склад войска.

Назва раёнаў	Колькасьць агледжаных	Агульны лік няздатных у кадравыя часьці	% няздатных	Колькаснае разьмеркаваньне няздатных у кадравыя часткі па роду хвароб																			
				Гіпэрмэтрапічная рэфракцыя					Міапічная рэфракцыя					Мешаны астыгматызм	Усяго адхіленьня рэфракцыі	% адхіленьня рэфракцыі	Хваробы кан'юнкцівы				Памутненьне рагавіцы	Унутрывочныя хваробы	Іншыя хваробы вачэй
				гіпэрмэтрапія	складаны гіпэрмэтрапіч. астыгмат.	просты гіпэрмэтр. астыгмат.	Усяго	%	міапія	складаны міапічны астыгматызм	просты міапіч. астыгматызм	Усяго	%				трахома	фалікулярны кан'юнкцівіт падазроны на трахому	Усяго	%			
Койданаўскі і Вузьдзенскі	966	88	9,1	7	4	12	23	2,4	11	3	5	19	2,0	2	44	4,6	10	13	23	2,4	8	6	7
																					2,1%		
Капыльскі і Грозаўскі	1245	130	10,4	8	5	15	28	2,2	13	3	9	25	2,0	2	55	4,4	26	27	53	4,3	9	8	5
																					1,7%		
Разам	2211	218	9,9	15	9	27	51	2,3	24	6	14	44	2,0	4	99	4,5	36	40	76	3,5	17	14	12

Вынікі санітарнага абсьледваньня яўрэйскіх калгасаў Бабруйскай акругі.

Д-р Гурвіч.

Падчас абсьледваньня—май 1918 г. у Бабруйскай акрузе было 28 калгасаў, 6 пасёлкаў, 5 масладзельных арцеляй, 3 машынных арцелі і адно мэліарацыйнае таварыства (усё гэта адносіцца да яўрэйскіх каленій). Абсьледваньне праводзілася ў 3-х раёнах, дзе былі сан. дактары: у Жлобінскім, Рагачэўскім і Слуцкім. Усяго было абсьледавана 13 калгасаў.

Якія-ж вынікі абсьледваньня?

Большая частка з абсьледваных калгасаў папярэдня ня была абсьледвана ў санітарным сэнсе і не разьмяркована тэхнікам Акр. Земаддзелу: з гэтай прычыны пляніроўка іх адносна напрамку вятроў, арыянтыроўка па старонках сьвету не адпавядае санітарна-тэхнічным запатрабаваньням. Цікава, што гэтыя зьвесткі былі зацьверджаны Акруговым Тэхнікам Земаддзелу на Акр. Сан. Нарадзе.

Глеба калгасаў, галоўным чынам, супясчаная, часткова падзолістая, мясцовасьць—у адных узвышаная, у другіх—балоцістая. Наогул, вільготнасьць глебы амаль ва ўсіх абсьледваных каленіях значная. Большая частка калгасаў разьмяшчаецца блізка цэнтру—сельсавету ў адлегласьці ад 3 да 7 вёрст.

Большая частка калгасаў дрэнна пабудавана. Зусім адсутнічае замяшчэньне, няма ўборных, памыйных ям. Адносна водазабясьпекі: студні шахтныя, прымітыўныя і хоць маюць агульнае вядро, але не агарожаны і далёка не здавальняюць санітарным запатрабаваньням. Бятонных студняў у абсьледваных калгасаў ня было.

Адносна агульнай пляніроўкі—няма пэўнага пляну, не прадугледжаны зялёныя насаджэньні будучага пасёлку (мяркуецца, што калгас у будучым вырасьце ў пасёлак). Адсутнічае і плян у пляніроўцы двара. Большая частка калгасаў разьмяркована па быўшых маёнтках, што яшчэ ўсугубляе справу, асабліва адносна жылішчных умоваў.

Памяшканьні ў большасьці сутарэньні, кватэры маюць 1—2 пакоі. Дамы часта ня маюць аснаваньня, падпольныя прасторы не засыпаны, дахі драўляныя, ёсьць і саламяныя. У сярэднім—жылая частка дому мае 9—10 куб. мэтраў, а дзеля таго, што на адну кватэру прыходзіцца 5—6 чалавек, дык на аднаго чалавека прыпадае—2 і менш куб. саж. Вышыня—$3^1/_2$ арш. Сьветавы каэфіцыент даходзіць часам да $^1/_{14}$—$^1/_{20}$. Падвойных рам няма, фортак мала.

Адносна ўнутранай штукатуркі—сьцены толькі ў некаторых дамох аштукатураны.

У адносінах санітарнага быту, прывяду два апісаньні непасрэдна з акту абсьледваньня:

1) „Абстаноўка памяшканьня сярэдняя: шафы, стульлі, сталы, ложкі. На сталох абрусы, у большасьці дамох маюцца кветкі. Узімку большую частку дня жанчыны праводзяць у доме. Харчуюцца, галоўным

чынам, малочнай і расьліннай ядой. Гарачую яду ядуць адзін раз у дзень. Абед складаецца з двух блюд. Пастоў не датрымліваюцца; найбольш ужываецца гліняная пасуда, але маецца медная і чыгунная. Пасуда трымаецца ў чыстаце. Дзеля адсутнасьці пасьцельных прыладаў, бялізны, ложкаў—часьцей сьпяць удвох на адным ложку. Падушак маецца прыблізна адна на двух. Сьпяць на саламяных матрацах. Сьпяць летам 6 гадзін, узімку—8—9 гадзін. Мыюцца па меры загразьненьня і перад ядой. Зубоў большая частка ня чысьціць. Умывальнікаў няма ні ў воднай сям'і. Рушнікі агульныя, з сялянскага палатна. Узімку цела ня мыюць, бо адсутнічае лазьня; улетку мыюцца ў бліз працякаючай рацэ. Бялізну мяняюць адзін раз на тыдзень. Расход мыла на сям'ю з 5-ці чалавек у год каля 10 кіло. Мойка падлогі адбываецца адзін раз у тыдзень. У хаце трымаюць кур. Пойла робяць у хаце".

2) „Абстаноўка кватэры бедная. Харчаваньне: абед—штодзенна з мяса, малочныя прадукты атрымоўваюць у арцелі. Галоўныя блюды: зупа, боршч, каша, жаркое. Прадукты харчаваньня, як, напрыклад, бульба і мука, часам у вялікай колькасьці перахоўваюцца ў хаце. Часьцей за ўсё сьпяць асобна. Умывальнікі маюцца ў некаторых сем'ях. Лазьня ў арцелі ёсьць, але яна патрабуе рамонту".

Гэтыя найбольш два характэрных апісаньні паказваюць, што хоць у адносінах гігіенічных навыкаў яўрэйскае насельніцтва і вышэй сялянскага, але наогул да ідэалу яшчэ далёка.

Пры абсьледваньні рабіўся профіляктычны абгляд: сацыяльных і востра-заразных хвароб наогул няма, але шмат малярыйных хворых і ёсьць захварэньне каростай.

Мэдычная дапамога аказваецца ў бліжэйшых лекавых установах. У культурных адносінах—усе пісьменныя, выпісваюць газэты, рэлігійных абрадаў часткова датрымліваюцца, самагонакурэньнем не займаюцца.

Вывады.

1. Санітарнае становішча яўрэйскіх калгасаў нездавальняючае. Асабліва адносна пляніроўкі і жыльлёвага будаўніцтва. Неабходна мець на ўвазе эпідэмічныя і санітарныя фактары пры пляніроўцы новых пасёлкаў і калгасаў, аб чым дагаварвацца з санітарнай арганізацыяй.

2. Жыльлёвая справа пастаўлена вельмі дрэнна і не адпавядае мінімальным санітарным запатрабаваньням. Неабходна падняць пытаньне перад АЗЭТам, Акрсельсаюзам аб узмацненьні жыльлёвага будаўніцтва ў калгасах і аб санітарна-тэхнічным палепшаньні існуючых будынкаў, форткі, памыйныя ямы, уборныя, патрэбная плошча сьвятла.

3. Неабходна ў кожным калгасе мець адну бятонную студню, у найбольш буйных калгасах—пабудаваць лазьню.

4. Неабходна ўзьняць культурны ўзровень насельніцтва шляхам:

а) правядзеньня лекцый па гігіене ў школах, дзе маюцца доктарск'я вучасткі;

б) выпіскі сан.-асьветнай літаратуры;

в) арганізацыі ясьляў, пляцовак за кошт грамадзкай дапамогі;

г) неабходна набліжэньне па лініі каапэрацыі санітарна-гігіенічных прадметаў (мыла, зубны парашок і г. д.) і патаненьня іх.

Да пытаньня аб уплыве зьмены хэмізму крыві (іонаў) на сэкрэцыю падстраўнікавай залозы [1]).

Я. Е. Шапіра.

З фізыолёгічнай лябараторыі ін-ту па вывучэньню проф. хвароб імя В. А. Обуха г. Масква.

(Загадчык Лябарат. Праф. **І. П. Разэнкоў**).

Па даных сучаснай фізыолёгіі перавага гумаральнага мэханізму ў працэсе вонкавасэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы лічыцца зусім дакладнай. У адносінах-жа да аднаго з самых моцных узбуджальнікаў панкрэтычнага сокааддзяленьня, да кіслаты ў прыватнасьці, у адносінах да свайго сапраўднага ўзбуджальніка, салянай кіслаты страўнікавага соку альбо ўведзенай непасрэдна ў 12-ці палую кішку, пераканальнымі вопытамі Байліса і Старлінга, Warthcimer'а, Matsuo і школы І. П. Паўлава і інш., пытаньне аб выключным дзеяньні гумаральнага мэханізму лічыцца зусім устаноўленым.

Па даных капітальнай працы Байліса і Старлінга, якая зьявілася ў 1902 г., асноўныя палажэньні якой пасьля былі пацьверджаны цэлым шэрагам іншых аўтараў і якія лічацца да гэтага часу абсалютна бясспрэчнымі, гэты гумаральны мэханізм у асноўным прыходзіць да наступнага: саляная кіслата страўнікавага соку, якая пападае ў дванаццаціпалую кішку альбо пры ўвядзеньні ў растворы 0,5% звонку непасрэдна ў верхні аддзел тонкага кішочніка, маючы датычнасьць да сьлізістай яе абалонкі і ўплываючы на яе эпітэліяльныя клеткі, утварае там асобную матэрыю, спэцыфічны ўзбуджальнік падстраўнікавай залозы (сакрацін), які ўсасваецца і праносіцца з крывёю да клетак падстраўнікавай залозы, выклікаючы ўзбуджэньне сакрэторнай дзейнасьці непасрэдна без якога-небудзь удзелу нэрвовай сыстэмы.

Працы Baylissa і Starlinga, Савіча, Далінскага, І. П. Разэнкава і яго супрацоўнікаў, а таксама, як убачым ніжэй, мае вопыты кажуць нам аб тым, што пры паўторных увядзеньнях у верхні аддзел тонкага кішочніка 0,2—0,5% раствору HCL агульная колькасьць падстраўнікавага сокааддзяленьня паступова памяншаецца, латэнтны пэрыяд павялічваецца, максымальнае аддзяленьне і сярэдняя хуткасьць у 1° падаюць і працяжнасьць сэцэрніраваньня ўсё больш і больш скарачаецца і, нарэшце, уведзеная саляная кіслата робіцца ў сэнсе ўзбуджэньня сокааддзяленьня зусім несапраўднай, наступае поўнае „высіленьне". Вопыты І. П. Разэнкава, Luckhardt'а і Grogan'а паказалі, што экстракт, прыгатаваны з такой „высіленай" сьлізістай абалонкі дванаццаціпалай кішкі і верхняга аддзелу тонкіх кішок і ўведзены ў вену выклікае ў кароткі латэнтны пэрыод (менш 1 хвіл.) моцны сэкрэторны эфэкт. Далейшыя дасьледваньні І. П. Разэнкава паказалі, што саляная кіслата зноў выклікае падстраўнікавую сэкрэцыю, калі на фоне такога поў-

---

[1]) Даклад на навуковым пасяджэньні мэдсэкцыі навуковага таварыства Бел. Дзярж. Унівэрсытэту, 12 сьнежня 1928 году.

нага „высіленьня“ ўвесьці ў дванаццаціпалую кішку раствор пэптону і прадукты пераварваньня страўнікавым сокам фібрыну. Вопыты Х. С. Каштаянца (у лябараторыі І. П. Разэнкава паказалі, што аднаўленьне дзеяньня HCL наступае таксама ад увядзеньня ў дванаццаціпалую кішку кіслых прадуктаў пераварваньня малака і мяса пасьля непрацяжнага (25—40 хв.) знаходжаньня іх у кішцы. Bayliss і Starling аднавілі падстраўнікавае сокааддзяленьне пры паўторных уліваньнях у кішку раствору HCL адначасным увядзеньнем у кроў растворы соды. Па думцы Савіча, раствор соды зьмяняе хэмізм крыві ў такім сэнсе, што зьяўляюцца спрыяючыя ўмовы для далейшага аддзяленьня шчолачнага падстраўнікавага соку. З другога боку, па даных Лібэрмана намножаньне ў крыві CO_2 прыгнятае аддзяленьне падстраўнікавай залозы, якое выклікана сэкрэтынам.

У сьвеце гэтых даных прадстаўляе асаблівую тэорэтычную і практычную цікавасьць вывучэньне вонкавасэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы ў залежнасьці ад зьмены кіслотнашчолачнай раўнавагі і складу электралітаў крыві. Пытаньне аб значэньні раствораў неарганічных соляй і іх катыонаў для жыцьця і дзейнасьці клетак у сучасны момант усё больш і больш прыцягвае ўвагу мэдыкаў. Па назіраньнях сучаснай біолёгіі электраліты абумоўліваюць асноўную ўстаноўку клеткі таго альбо іншага органу, на якой разьвіваецца яе спэцыфічная дзейнасьць: яны вызначаюць чуласьць клеткі да раздразьненьня і рэгулююць неабходны для яе спэцыфічнай дзейнасьці хэмічны процэс.

Уплыў соляй на падстраўнікавую сэкрэцыю да апошняга часу вывучаўся амаль выключна пры іх увядзеньні ў страўнік. Бэкер прыходзіць да вываду, што ўвядзеньне ў страўнік 1-2 гр. водных раствораў шчолачных і нэйтральных соляй, а таксама есентукскай вады № 17, як бяз стравы, так і са стравай выклікае аддзяленьне панкрэатычнага соку ў значна меншай колькасьці (да 25%), чымся тая-ж колькасьць дэстыляванай вады. Прыём-жа гэтых соляй па 0,5 гр. па даных вопытаў Бэкера не выяўляе прыкметнага ўплыву на аддзяленьне панкрэатычнага соку. Наадварот, вада, якая насычана CO_2, давала больш значнае аддзяленьне падстраўнікавай залозы, чым дэстыляваная вада. Прымаючы пад увагу, што раствор солі ў 1-2 гр. на 250 см.^{3} дэстыляванай вады больш трудна ўсасваецца, а вада, якая насычана CO_2 па даных Quinke, хутчэй усасваецца, чым тая-ж колькасьць чыстай дэстыляванай вады, Бэкер схіляецца бачыць прычыну прыгнечаньня ня толькі ў выніку асядродненьня кіслых мас страўніка шчолаччу, але і ў выніку непасрэднай затрымкі падстраўнікавай сэкрэцыі, дзякуючы затрыманаму і часам зусім нязначнаму процэсу ўсасваньня.

Крэвер вывучаў уплыў салянога кампанэнту малака на выдзяленьне панкрэатычнага соку таксама пры ўмове яго ўвядзеньня праз страўнік. Саляны раствор ім прыгатаўляўся такім чынам, што дадаваў да аднаго літру дэстыляванай вады наступныя солі: 7,5 гр. Na_2HPO_4, 0,7 гр. K_2SO_4, 1,3 гр. CaO, 0,5 гр. MgO, 2,0 K_2CO_3. Яго вопыты паказалі, што вышэйпаказаны раствор, падкісьлены да 0,2% HCL, гнаў панкрэатычны сок больш слаба, чым адпаведны раствор салянай кіслаты амаль у два разы. Далейшае дасьледваньне Бабкіна па пытаньні аб дзейнасьці мыл на падстраўнікавую сэкрэцыю, паказалі, што растворы соляй вуглякіслага натра ў 1,74—0,17% і двувуглякіслага натра ў 2,76—0,27% у колькасьці па 100 см.^{3} выклікалі нязначную сэкрэцыю, менш чым тая-ж колькасьць эквівалентных ім раствораў (ад 1 да 10%) Natr Oleinici, але пры гэтым высьвятлілася, што больш кан-

цэнтраваныя растворы паказаных соляй у некаторых выпадках дзейнічаюць больш моцна, чымся адпаведная колькасьць дэстыляванай вады.

Вышэйпаказаныя дасьледваньні вяліся пры ўмовах увядзеньня раствораў соляй у страўнік і ў дванаццаціпалую кішку. Толькі Вараб'ёў[1]) уводзіў шчолачныя злучэньні (Na, Ca, Mg, Li, NH_3gK) унутрывенна і канстатаваў узмацненьне падстраўнікавай сэкрэцыі. Больш канцэнтраваныя растворы паказаных шчолачных злучэньняў тармазілі сэкрэцыю.

За апошні час у фізыолёгічнай лябараторыі ін-ту па вывучэньню проф. хвароб імя В. А. Обуха пад кіраўніцтвам І. П. Разэнкава вывучаўся экспэрымэнтальна Грынбэргам уплыў раствораў соляй K, Mg и Ca на падстраўнікавую сэкрэцыю, уводзячы солі непасрэдна ў вену. Падстраўнікавая сэкрэцыя да і пасьля ўвядзеньня ў кроў раствораў дасьледуемых соляй выклікалася непасрэдным увядзеньнем у кроў „сэкрэтыну", здабытага папярэдня наступным чынам: у замкнуты адрэзак тонкага кішочніку ўводзіцца да 100 см.^{3} 0,5% раствору саляной кіслаты, які пасьля 10-12-ці хвіліннага знаходжаньня там выпушчаецца назад і фільтруецца. Пры ўвядзеньні атрыманага такім чынам сэкрэтыну ў вену некалькі разоў запар аднолькавая колькасьць, атрымліваўся ў большасьці выпадках аднолькавы сокааддзяліцельны эфэкт, што дазваляе судзіць аб зьменах у ўзбуджальнасьці і сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы пад уплывам уведзеных пазьней у ток крыві раствораў дасьледуемых соляй. Грынбэрг прыходзіць да вываду, што солі Mg узбуджаюць, солі Ca прыгнятаюць, солі K у малых дозах узбуджаюць, а ў большых дозах прыгнятаюць сэкрэцыю падстраўнікавай залозы. Ва ўмовах пастаноўкі яго вопытаў зусім сьвядома аддаляецца роля сьлізістай duodeni і верхняга аддзелу тонкага кішочніку, што аддаляе пастаноўку вопытаў ад сапраўдных фізыолёгічных умоў.

Па прапанове І. П. Разэнкава і пры непасрэдным яго кіраўніцтве мною было прыступлена да высьвятленьня пытаньня аб уплыве на аддзяліцельную работу падстраўнікавай залозы, уведзеных у кроў соляй Mg, Ca, K и Na, пры ўмовах узбуджэньня pancreas саляной кіслатой, уведзенай у верхні аддзел тонкага кішочніку. Апісаньне пастаўленых мной вопытаў і іх вынікаў складае задачу гэтае работы. Спынімся крыху на мэтодыцы пастаўленых вопытаў.

Мэтодыка. Пытаньне вывучылася ва ўмовах войстрага вопыту. Мэтодыка рэгістрацыі сокааддзяленьня была агульнапрынятая. У вялікі праток падстраўнікавай залозы ўвязвалася шкляная канюля, якая пры дапамозе гумавых трубак і паветранай перадачы злучалася з рэгістратарам—спэцыяльнай, паземна-разьмешчанай з рухліваю шкалою, трубкай, у якой знаходзіцца афарбаваная жыжка. Аддзяленьне падстраўнікавага соку наглядаецца і адзначаецца па перасоўваньню афарбаванай жыжкі. Для выключэньня ва ўмовах нашага вопыту ўплыву сэкрэторнай і маторнай дзейнасьці страўніка перавязваўся пілярус. У ніжні адрэзак duodeni ўшывалася кішочная срэбная трубка, злучаная гумавай трубкай, праз якую ўводзілася ў кішку саляная кіслата 0,2% р. у колькасьці па 40 см.^{3}. Ход вопытаў быў наступны: 0,2% раствор HCL у колькасьці па 40 см.^{3} уводзіўся ў кішку некалькі разоў запар, пакуль устанавілася поўнае альбо частковае „высіленьне", г. зн. альбо калі далейшае ўвядзеньне саляной кіслаты перастала дзейнічаць, альбо калі пры наступных адзін за адным увядзеньнях HCL утвары-

[1]) Цытавана ў Бабкіна. Вонкавая сэкрэцыя стрававальных залоз. ГІЗ 1927 г. ст. 381.

лася больш альбо менш аднолькавая мінімальная колькасьць сэкрэцыі. Пасьля ўстанаўленьня такога дакладнага фону сэкрэцыі, уводзіліся праз vena femoralis у ток крыві хлёрыстыя і сернакіслыя солі Mg, Ca, K и Na і праз 5—7 хв. зноў наступала некалькі разоў запар увядзеньне ў кішку HCL і г. д., што дазваляла судзіць аб зьменах у сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы пад уплывам вышэйсказанай зьмены хэмізму крыві. Сэкрэцыя панкрэатычная адзначалася дзяленьнямі шкалы па перасоўваньню афарбаванай жыжкі кожную хвіліну зараз-жа пасьля ўвядзеньня ў кішку саляной кіслаты і ў вену раствораў соляй да поўнага спыненьня на данае раздразьненьне сокааддзяленьня. Рэакцыю pancreas на тое альбо іншае раздразьненьне вызначаюць даныя; велічыня латэнтнага пэрыоду, агульная колькасьць, працяжнасьць сокааддзяленьня, максымальнае аддзяленьне і сярэдняя хуткасьць у адну хвіліну. Пяройдзем да апісаньня нашых пратаколаў. Тут прыводзім па аднаму пратаколу, тыпічнаму для кожнай групы вопытаў з тым альбо іншым матарыялам.

А. Магній.

Вопыт № 2. Вага сабакі 20 кгр. Самец. Марфійна-эфірна-хлёраформны наркоз. Спонтаннай сэкрэцыі ня было. Пачатак вопыту 10 г. 40 хв. канец—19 г. 35 хв.

Аналіз яго пратаколу [1]) зусім яскрава выяўляе нам ясны сокааддзяліцельны эфэкт падстраўнікавай залозы, дзякуючы ўвядзенью ў кроў хлёрыстага магнія. Соль гэтую мы ў першы раз уводзілі ў кроў у колькасьці 100 мгр. на 1 кілё вагі сабакі пасьля папярэдняга 4-х разовага ўвядзеньня ў кішку па 40 см.³ 0,2 проц. раствору саляной кіслаты, якое дала больш альбо менш частковае „высіленьне“, пасьля ўстанауленьня наступнага дакладнага фону сэкрэцыі: агульная колькасьць соку ў 105-127 дзял., з латэнтным пэрыядам вышэй 3 хв., працяжнасьць сокааддзяленьня ў 17—23 хв., максымальнае аддзяленьне ў адну хвіліну 15 дзял., сярэдняя хуткасьць у 1,5—8 дзял. Увядзеньне ў кроў раствору магнэзіяльнай солі, само па сабе не выклікаўшае сокааддзяленьня, рэзка зьмяніла рэакцыю падстраўнікавай залозы на наступныя паўторныя ўвядзеньні ў кішку саляной кіслаты ў тых-жа дозах; так, на першае ўвядзеньне HCl мы атрымалі агульную колькасьць соку ў 457 дзял., з латэнтным пэрыодам менш аднэй хвіліны (40 сэкунд), максымальнае аддзяленьне 35 дзяленьняў, сярэдняя хуткасьць 13 дзяленьняў, працяжнасьць сокааддзяленьня—35 хвілін. У адносінах да папярэдняга ўстанавіўшагася фону сэкрэцыі колькасныя значэньні асобных вялічынь вырасьлі ў 2-3-4 разы, а агульная колькасьць соку пасьля ўвядзеньня магнія нават больш агульнага сокааддзяліцельнага эфэкту на першае ўвядзеньне саляной кіслаты (у пачатку вопыту), прычым латэнтны пэрыод, роўны ў самым пачатку вопыту 2,20″ скараціўся да 40″. Пры наступных увядзеньнях у кішку саляной кіслаты наглядаецца праўда павольна і вяла зноў тэндэнцыя да паніжэньня сэкрэцыі. Наступнае за першым увядзеньнем у кроў $MgCl_2$ шасьцікратнае ўвядзеньне ў кішку саляной кіслаты зноў выявіла нам дакладны малюнак сэкрэцыі, на фоне якой у другі раз уведзена інтравенозна тая-ж соль. Фон сэкрэцыі пры гэтым быў такі: агульная колькасьць 247—291 дзял., латэнтны пэрыяд 1′30″, максымальнае аддзяленьне ў 1′23—30 дзяленьняў, сярэдняя хуткасьць у 1′7—9 дзяленьняў,

[1]) Пратаколы вопытаў па тэхнічных прычынах тут ня прыводзяцца. Надрукаваны ў „Журнале Эксперимент. медицины“, вып. 1-2, том II, 1929 г.

працяжнасьць сокааддзяленьня 27—36 хвілін. І ў даным выпадку раствор дасьледуемай солі дапамагаў узмацненьню ўзбуджальнасьці і сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы. Так, на першае-ж увядзеньне ў кішку саляной кіслаты наступіў сокааддзяліцельны эфэкт з агульнай колькасьцю ў 596 дзяленьняў за пэрыод сэцэрніраваньня ў 48 хвілін (у сярэднім 13 дзяленьняў у 1′), максымальнае аддзяленьне ў 1′—32 дзяленьні, пры скарачэньні латэнтнага пэрыоду ў 3 разы (30″), агульная колькасьць соку далёка перавышае норму сокааддзяленьня ў пачатку вопыту (першае ўвядзеньне HCl). На наступныя два ўвядзеньні саляной кіслаты сэкрэцыя зноў паступова паніжаецца, латэнтны пэрыод павялічваецца, хуткасьць памяншаецца і г. д.; аднак колькасныя значэньні гэтых вялічынь значна пераважаюць (у 2 з лішнім разы) адпаведныя даныя да першага ўвядзеньня магнія, а латэнтны пэрыяд значна карацей (на 1′20″). Скарачэньне латэнтнага пэрыоду і павялічэньне агульнай колькасьці соку мы маем, ня глядзячы на тое, што пасьля ўвядзеньня солі магнія наступіла 9 увядзеньняў у кішку саляной кіслаты, якія самі па сабе без дадатковых фактараў, узмацняючых узбуджальнасьць і эфэкт сокааддзяленьня, сапраўды выклікалі-б поўнае „высіленьне". Гэты вопыт, як і іншыя вопыты з увядзеньнем у кроў праз вену хлёрыстых і сернакіслых соляй магнія ў дозах да 200 мгр. на кілёграм вагі нам яскрава выяўляюць, што магнэзіяльныя солі зноў ствараюць умовы для аднаўленьня дзеяньня саляной кіслаты, даныя сэкрэцыі ня толькі дасягаюць адпаведных лічбаў пры першым увядзеньні HCl, але значна перавышаюць іх, што пераканальна пацьвярджае нам уласьцівасьць сярэдніх соляй магнія ўзмацніць рэакцыю pancreas на разьдражненьне.

Эфэкт сокааддзяленьня ў нашых вопытах пад уплывам соляй магнія адпавядаў прапарцыянальна ўведзенай у кроў дозе: з павялічэньнем дозы эфэкт атрымліваўся параўнальна вышэй і наадварот. Характэрна для ўсіх вопытаў з дасьледваньнем магніевай солі рэзкае скарачэньне пад уплывам апошняга, латэнтнага пэрыоду (да 30″), якое падкрэсьлівае раньняе паступленьне ўзбуджэньня падстраўнікавай залозы.

В. Кальцый.

Вопыт № 15. 29 кастрычніка 1928 году. Вага сабакі 15 кілёграм. Самец. Марфійна-эфірна-хлёраформны наркоз. Спонтаннай сэкрэцыі ня было. Пачатак 10 г. 30 хв., канец 24 г. 15 хв.

Хлёрысты кальцый быў уведзен у крывяны ток праз vena fomoralis пасьля сямікратнага ўвядзеньня праз кішку па 40 см.^{3} 0,2 проц. раствору саляной кіслаты, якое выявіла тэндэнцыю да прогрэсыруючага зьніжэньня падстраўнікавага сокааддзяленьня на раздразьненьне саляной кіслатой. Так, агульная колькасьць аддзяленьня з 1280 дзяленьняў паступова ўпала да 185—141 дзяленьняў, максымальнае аддзяленьне ў адну хвіліну ад 180 дайшло да 13 дзяленьняў, сярэдняя хуткасьць аддзяленьня ў 1′, роўная ў пачатку вопыту (першае ўвядзеньне HCl) 45 дзяленьням, паменшылася амаль у сем разоў, латэнтны пэрыод да ўвядзеньня $CaCl_2$, хістаўся ў межах 2-3 хвілін, скарацілася таксама на 8 хвілін працяжнасьць сокааддзяленьня. Першае ўвядзеньне ў кроў хлёрыстага кальцыя рэзка зьмяніла напрамак і характар крывой сокаадзяленьня, што сьведчыць аб стварэньні іншых умоў для дзеяньня саляной кіслаты на сэкрэторную дзейнасьць pancreas. На першыя тры ўвядзеньні саляной кіслаты падстраўнікавая залоза рэагуе ў такім напрамку, што крывыя агульнай колькасьці, максымальнага аддзяленьня, сярэдняй хуткасьці ў 1′ і працяжнасьці сокааддзя-

леньня ідуць паступова ўверх, амаль дасягаючы ўзроўню адпаведных вялічынь пачатку вопыту (першае альбо другое ўвядзеньне HCl). У даным выпадку доўгі час наглядаецца паступовае павышэньне сокааддзяленьня. Пачынаючы з 4-га ўвядзеньня ў кішочнік HCl, крывыя гэтых вялічынь паступова і плытка ідуць уніз; на 13-е ўвядзеньне HCl агульная колькасьць, працяжнасьць яго аддзяленьня, сярэдняя хуткасьць і максымальнае аддзяленьне ў 1′ яшчэ ў 2-3 разы пераважваюць даныя гэтых вялічынь устанавіўшагася фону сэкрэцыі да ўвядзеньня хлёрыстага кальцыя: агульная колькасьць—260 дзяленьняў, максымальнае аддзяленьне 25 дзяленьняў, сярэдняя хуткасьць у 1′—10 дзяленьняў, працяжнасьць сокааддзяленьня 27 хвілін. Ня прыходзіцца гаварыць аб наяўнасьці ў даным выпадку частковага „высіленьня“. Гэтая акалічнасьць падкрэсьлівае ня толькі стымулюючае да ўзмоцненага панкрэатычнага сокааддзяленьня ўласьцівасьць раствору кальцыя, але працяжнасьць узбуджаючага яго дзеяньня. Неабходна таксама адзначыць тыя зьмены, якія цярпіць у гэтай групе вопытаў латэнтны пэрыод. У большасьці вопытаў з дасьледваньнем кальцыевых соляй наглядаецца павялічэньне латэнтнага пэрыоду, выражаны параўнальна нізкімі лічбамі пачатак сокааддзяленьня і павялічэньне працяжнасьці сэцэрніраваньня. Латэнтны пэрыод, будучы пры першым увядзеньні HCl павялічан на 1′30″ пры наступных увядзеньнях саляной кіслаты, зварачаецца да папярэдніх хістаньняў (2-3 хвіліны). Гэты фактар пры агульным яскравым сокааддзяліцельным эфэкце падстраўнікавай залозы пад уплывам $CaCl_2$ відавочна абумоўліваецца іншымі больш складанымі ўмовамі дзеяньня кальцыя. Магчыма, што ў даным выпадку мае месца, з аднаго боку, нярэзка выражанае непасрэднае прыгнятаючае дзеяньне кальцыя на пэрыфічны нэрвова-залозісты апарат pancreas, з другога боку, палепшаньне пад уплывам кальцыя ўмоў функцыянаваньня тонкага кішочніка, адкуль усасваецца і пападае ў ток крыві сапраўдны ўзбуджальнік падстраўнікавай залозы, непасрэдна дзейнічаючы на залозу—сэкрэтын. Наша меркаваньне, бязумоўна, мае патрэбу ў далейшай экспэрымэнтальнай праверцы. У агульным пры ўмовах нашай пастаноўкі вопытаў раствор кальцыевай солі дапамагае ўзмацненьню падстраўнікавай сэкрэторнай дзейнасьці.

С. Натрый.

Вопыт № 23. 6 лістапада 1928 году. Самка. Вага сабакі 15,2 кгр. Марфійна-эфірна-хлёраформны наркоз. Пачатак з 9 г. 34 хв., канец у 20 г. 20 хв.

Ва ўсіх пастаўленых намі вопытах з увядзеньнем у кроў раствору натранай солі атрымаўся арыгінальны ход сокааддзяленьня; тыпічны прадстаўлен вопытам № 23. Тут мы маем у пачатку недакладны сокааддзяліцельны эфэкт, потым нязначны эфэкт узбуджэньня, які хутка зьмяняецца зноў „высіленьнем“ частковым альбо поўным. Пэрыод наступленьня ўзбуджэньня пад уплывам натрыя бывае розны ў розных вопытах і ўмовах нават аднаго вопыту, як відаць з прывадзімага пратаколу вопыту № 23: так, пасьля першага ўвядзеньня NaCl эфэкт узбуджэньня наступіў на пятае, пасьля другога—на другое, пасьля трэцяга—на трэцяе ўвядзеньне ў кішку саляной кіслаты. Пераход да „высіленьня“ таксама ня быў тыпічным і сталым для ўсіх вопытаў: то крытычна, то літычна. У вопытах з дапасаваньнем натранай солі ў дозах па 75—100 мгр. на кілёграм вагі сабакі мы ня выявілі ні ўзбуджэньня, ні тарможаньня сэкрэторнай дзейнасьці pancreas; вопыт-жа з дасьледваньнем у дозах вышэй 100 мгр. канстатуе

позна наступіўшы, нязначны і кароткатэрміновы эфэкт узбуджэньня. Яго папярэджвае ў некаторых выпадках нулявы, у іншых выпадках нязначны фон сэкрэцыі з рэзкім павялічэньнем латэнтнага пэрыоду, што дазваляе адзначыць у першай стадыі тормазны ўплыў соляй Na на панкрэатычнае сокааддзяленьне. Такім чынам відаць, што дзеяньне натранай солі двухфазнае.

D. Калій.

Вопыт № 9. 22 кастрычніка 1928 г. Вага сабакі 24,5 кгр. Марфійна-эфірна-хлёраформны наркоз. Пачатак у 10 г. 27 хв., канец у 21 г.

Падрабязны аналіз яго пратаколу выяўляе нам малюнак узбуджэньня сокааддзяленьня пад уплывам увядзеньня ў кроў малых дозаў калія і тарможаньня ад вялікіх дозаў: першыя два ўвядзеньні хлёрыстага калія ў дозах да 3 мгр. на кілёграм вагі сабакі дапамагалі ўзмацненьню сокааддзяліцельнага эфэкту і скарачэньню латэнтнага пэрыоду. Наступныя два ўвядзеньні ў дозе 10 мгр. на кілёграм вагі, наадварот, спрыялі паслабленьню resp. памяншэньню агульнай колькасьці соку і рэзкаму павялічэньню латэнтнага пэрыоду. У межах вышэй 20 мгр. Kcl сабакі гінулі ад вокамгненнай астаноўкі сэрцавай дзейнасьці. Дзеяньне раствору каліевай солі, як узбуджаючае, так і прыгнятаючае непрацяжна па часу, а па сіле свайго ўзбуджэньня ўступае дзеяньню раствору соляй шчолачна-зямельных мэталяў.

Пры ўвядзеньні ў кроў хлёрыстай солі розных мэталяў эфэкт сокааддзяленьня зусім розны. З другога боку, гэтыя зьмены ў сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы канстатаваны нашым вопытным матарыялам у аднолькавай ступені сталымі ў межах групы вопытаў з тым альбо іншым котыонам незалежна ад таго, якая соль, хлёрыстая ці сернакіслая ўжывалася. З гэтага відаць асноўнае палажэньне, што зьмена сэкрэцыі абумоўліваецца дзеяньнем катыонаў, менавіта іонаў Mg, Ca, K і Na, а не аніонаў Cl і SO_4.

Супастаўляючы ўсё вышэй паказаныя даныя адносна сакрэцыі падстраўнікавай залозы пры яе ўзбуджэньні саляной кіслатой пад уплывам зьмены складу іонаў крыві ўвядзеньнем у яе русло выклікаючых узбуджэньне катыонаў магнія, кальцыя і калія (у малых дозах), мы атрымліваем наступную табліцу. (Даныя разьмешчаны ў убываючым парадку).

A. Сіла ўзбуджэньня	B. Працяжнасьць дзейнасьці	C. Скарочаны лат. пэрыод
1. Магній	Кальцый	Магній
2. Кальцый	Магній	Калій
3. Калій	Калій	

Па моцы ўзбуджэньня і па скарачэньню латэнтнага пэрыоду першае месца займаюць іоны магнія; апошнія выклікалі яскравы сокааддзяліцельны эфэкт нават у тых выпадках, калі іоны Ca выклікалі нязначны, а іоны K ніякага эфэкту не паказвалі. Які мэханізм дзеяньня ўведзеных у кроў катыонаў? Наш экспэрымэнтальны матарыял ня можа даць простага адказу на гэтае пытаньне. Вопыты Грынбэрга ў фізіолёгічнай лябараторыі І. П. Разэнкава з выключэньнем адпаведнай дозай атрапіну дзеяньня сэкрэторных ветак блукаючых і сымпатычных нэрваў паказалі, што зьмена ўзбуджальнасьці тлумачыцца дзеяньнем каты-

онаў непасрэдна на залозістую паранхіну падстраўнікавай залозы. Але пастаноўка яго вопытаў і вывады не выключаюць магчымасьці дзеяньня катыонаў на функцыянальнае становішча (усасваемасьць) сьлізістай duodeni і ўсяго верхняга аддзелу тонкага кішочніка, удзел якога ў працэсе вонкавасэкрэторнай дзейнасьці pancreas ва ўмовах нашага вопыту (фізыолёгічна) бязумоўна.

Нашы вопыты адначасна могуць служыць матарыялам, ілюструючым паступовае наступленьне „высіленьня“ сокааддзяленьня pancreas ад паўторных паступленьняў у кішку саляной кіслаты. Пэрыяд наступленьня „высіленьня“, поўнага альбо частковага, падлягае значным хістаньням па нашых матарыялах ад 4 да 10 увядзеньняў, у сярэднім на шостае ўвядзеньне саляной кіслаты ў колькасьці 40 см.^{3} 0,2% раствору. Папярэдняй-жа зьменаю хэмізму крыві (іонаў) можна зноў аднавіць дзеяньне саляной кіслаты, як узбуджальніка панкрэатычнага сокааддзяленьня.

Па даных сучаснай біолёгіі лічыцца ўстаноўленым, што прычынай раздразьненьня, прыгнятаньня альбо ўзбуджэньня трэба прызнаць зьмены ў концэнтрацыі электралітаў. Няма таго працэсу ў арганізьме, на які нельга было-б уплываць экспэрымэнтальна праз дастаўку электралітаў. Нашы вопыты ў адносінах да сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы служаць таму пацьверджаньнем. Распрацоўка гэтага пытаньня мае ня толькі тэорэтычны, але і сугуба практычны інтарэс, бо посьпех фармакалёгіі і тэрапіі знаходзіцца ў залежнасьці ад распрацоўкі і паступовага разьвіцьця адпаведных аддзелаў фізыолёгіі. Тут я ня стаўлю сабе задачы спыніцца падрабязьней на клінічным разборы і значэньні гэтага пытаньня, гэта будзе прадметам асобнага паведамленьня, абмяжоўваючыся покуль што паведамленьнем фактычнага экспэрымэнтальнага матарыялу, які дазваляе нам зрабіць наступныя вывады:

1) Паўторныя, што ідуць адно за адным увядзеньні ў верхні аддзел тонкага кішочніка саляной кіслаты, вядуць да паступовага паслабленьня панкрэатычнага сокааддзяленьня, павялічэньню латэнтнага пэрыоду і скарачэньню працяжнасьці сэцэрніраваньня да „высіленьня“. У сярэднім „высіленьне“ наступае на шостае ўвядзеньне саляной кіслаты.

2) Зьмена хэмізму крыві ўвядзеньнем інтравенна сярэдніх соляй Mg, Ca, Ku Na цягне за сабой зьмены ў сэкрэторнай дзейнасьці падстраўнікавай залозы.

3) Зьмена ўзбуджальнасьці падстраўнікавай залозы пад уплывам паказаных соляй абумоўліваецца дзеяньнем іх катыонаў—іонаў (Mg, Ca, Ku, Na).

4) Дзеяньне гэтых катыонаў на сокааддзяліцельны эфэкт падстраўнікавай залозы пры яе ўзбуджэньні саляной кіслатой розны: а) магні і кальцы ўзбуджае сэкрэцыю, б) калі ў малых дозах (да 5 мгр.) узбуджае, у большых прыгнятае сэкрэцыю, в) натры ў малых дозах ня робіць ўплыву, у вялікіх дозах пасьля больш альбо менш працяжнага пэрыоду прыгнечаньня выклікае нязначны кароткатэрміновы эфэкт узбуджэньня.

5) Хлёрыстыя і сернакіслыя солі магнія, кальцыя, калія і натрыя, уведзеныя ў кроў самі па сабе без наступнага ўвядзеньня ў кішку саляной кіслаты, падстраўнікавай сэкрэцыі не выклікае.

6) Па сіле свайго ўзбуджаючага дзеяньня на падстраўнікавую сэкрэторную дзейнасьць катыоны разьмяшчаюцца ў выбываючым парадку наступным чынам: 1) Магній, 2) Кальцый і 3) Калій (малыя дозы).

7) Па працяжнасьці свайго дзеяньня дасьледуемыя катыоны разьмяшчаюцца ў выбываючым парадку наступным чынам: 1) Кальцый, 2) Магній і 3) Калій.

У заключэньне я прыношу падзяку проф. І. П. Разэнкову за дачу тэмы і непасрэднае кіраўніцтва пры яе распрацоўцы, яго навуковым супрацоўнікам за добрыя і таварыскія да мяне адносіны і свайму клінічнаму настаўніку проф. Ф. С. Гаўсману (дырэктар шпітальнай тэрапэўтычнай клінікі Б. Дз. У.) за прадастаўленьне навуковай камандыроўкі.

Літаратура:

1. *Б. П. Бабкін.* Вонкавая сэкрэцыя стрававальных залоз Д. В. 1927 год.
2. *І. П. Паўлаў.* Лекцыі аб працы галоўн. стрававальных залоз. Д. В. 1927 год.
3. *І. П. Разэнкоў.* Працы 3-га ўсесаюзнага зьезду фізыолёгаў, 1928 г. стар. 169.
4. *Х. С. Каштаянц.* Журнал Экспэрымэнтальнай мэдыцыны. 1929 г.
5. *П. Ю. Грынбэрг.* Журнал Экспэрымэнтальнай мэдыцыны. 1929 год.
6. *І. М. Бэкер.* Да фармакалёгіі шчолачаў. Дыс. СПБ. 1893 г.
7. *Б. П. Бабкін.* Архіў біолёгічных навук. 1904 г. II. № 3.
8. *А. Р. Крэвер.* Да аналізу аддзяліцельнай работы падстраўнікавай залозы. Дыс. СПБ. 1899 г.
9. *Далінскі.* Дыс. СПБ. 1894 г.
10. Baylissand Starling. youranol of Physiolog. 1902 г. 28,33.

ТЭОРЭТЫЧНАЯ І КЛІНІЧНАЯ МЭДЫЦЫНА

Ранняя диагностика легочного туберкулеза и методы борьбы с ним в условиях участка*).

Доцент **Е. Л. Маршак.**

Директор Белорусского Гос. Туберкулезного Института.

Перспективная установка строительства здравоохранения в Белоруссии, подтвержденная решениями XII С'езда К. П. Б. по вопросу 5-ти летнего плана развития народного хозяйства Б. С. С. Р., выдвигает, как первоочередную задачу борьбу с социальными и бытовыми болезнями города и деревни. Естественно, что наиболее яркими очертаниями в системе мероприятий, намеченных Н. К. З. по проведению в жизнь своей производственной программы, оттеняется проблема дальнейшего противотуберкулезного строительства и движения его в сторону обхвата сельской периферии. Пути осуществления ближайших задач борьбы с туберкулезом обуславливаются теми началами, которым посвящается настоящий доклад: 1) совершенствованием диагностики ранних выявлений легочной чахотки и 2) организационным направлением методики борьбы с туберкулезом в условиях врачебного участка. Своевременность постановки перед С'ездом первой части оправдывается тем перевалом в области клиники легочного туберкулеза, которым обозначается новое учение о его патогенезе, недостаточно внедрившееся в сознание широких врачебных кругов при практической оценке ими туберкулезного процесса у больных. Не боясь преувеличения, можно утверждать, что признаваемое старыми представлениями за начало легочного туберкулеза принимается новым учением за конечное выражение запоздавшего или неправильного лечения, и, наоборот, явления острых и широких поражений, расценивавшиеся прежде как флоридные безнадежные процессы, по новому учению зачастую определяются, как наиболее доброкачественные формы с наибольшей наклонностью к самостоятельному резорбированию. Отсюда порождаются и элементы эмпиризма в применении лечебных методов у тех, которые не овладели современными концепциями клинической проблемы туберкулеза, совершенная несостоятельность в вопросах оценки тех или других—специфических и неспецифических лечебных факторов, и подчас собственное недоумение перед результатами терапевтического эффекта. В клинике туберкулеза нет места казуистике: последняя является лишь продуктом недомыслия и незнания стройной закономерности реакций организма в борьбе с паразитом. Основные положения нового учения о патогенезе легочного туберкулеза базируются на принципах динамико-биологической оценки циклических периодов, определяемых идеями Ранке в построенных им гистологических аллергиях, соответствующих фазам тканевой реактивности. Право на обоснование этих идей и их популяризацию мы берем на

*) Из доклада на 3-м Всебелорусском С'езде Участковых врачей 7-V-29 г.

себя не после ознакомления с выросшей на немецкой почве дискуссионной литературой по этому важному вопросу, а в результате приобретенного опыта с открытия туберкулезного института и систематической увязки клинического отделения его со всей расширившейся методикой проводимой диспансеризации. Упорная работа в течение последних 8-ми месяцев под углом тщательной самокритики, к которой побуждает сам Ранке, сопровождающий свои талантливые исследования неоднократными предупреждениями и оговорками, позволила нам зафиксировать рентгенограммами наши наблюдения и иллюстрировать бесспорные клинические типы, соответствующие основным аллергическим фазам в цикле легочного туберкулеза. Оценивая ответственность нашей задачи, мы со всей решительностью и отвергаем всякие попытки перенапряжения Ранкевской системы, которые допускают лица, не проследившие клинически основные типы аллергических проявлений, доступные овладению только путем применения диспансерного метода изучения контактов в туберкулезных очагах и практически здоровых носителей определенных пато-морфологических форм.

Идеи Ранке прокладывают системный путь необычайному хаосу пато-морфологических проявлений легочного туберкулеза и их клинических выражений. Расширяя установленное Пиркет'ом понятие об „аллергии", как измененную реакцию между микро и макроорганизмом после первой вакцинации в течение последующих иннокуляций, измеряемую при туберкулезе повышением чувствительности к туберкулину, Ранке оценивает эту реактивность между хозяином и его паразитом при туберкулезных поражениях морфологическими разновидностями, лежащими в основах процесса. Отсюда своими талантливыми исследованиями он вводит нас в круг устанавливаемых им „гистологических аллергий", как динамико-биологических выражений закономерной сущности пато-морфологических и клинических выявлений туберкулеза. Ранке предлагает нам различать 3 аллергических фазы на основных этапах циклического течения туберкулеза.

Первая—склерозирующая аллергия, присущая гистологической реактивности ткани на внедрившуюся туберкулезкую инфекцию. При ней имеется характерное выявление группы изменений, обозначаемой „первичным комплексом".

Закономерность течения выражается в контактном распространении первичного эффекта, в метастазировании по отходящим от очага лимфатическим путям с последующим вовлечением регионарных желез. Наклонность к склерозу самого очага и соответствующих желез придает этому этапу полную законченность пато-морфологического и клинического типа. Проведение контактов через Диспансер и Туберкулезный Институт дало нам возможность на отдельных и серийных рентгенограммах установить этот тип 1 аллергии с разнообразием клинических синдромов для нее характерных.

Иллюстрация случаев имеет целью показать на рентгеновской фильме основные свойства этой формы на sectio in vivo, которые сводятся: 1) к преимущественно одностороннему поражению; 2) эксудативности его характера; 3) к наклонности его к закономерному склерозированию, интенсивному импрегнированию кальциевыми солями до полной петрификации; 4) соединительно-тканному перерождению области hilus'а, от которой идут таковые же тяжи к соответствующему первичному аффекту, выявляющиеся интерлобарными обозначениями лимфатических путей или плевральных шварт [1]).

[1]) Рентгеновская серия снимков не могла быть здесь помещена вследствие технических затруднений.

Следующий этап прогрессирующего туберкулеза отмечается особым разнообразием форм, выявляемых вторичной гистологической стадией или эксудативной аллергией. При этой фазе высшая напряженность реактивности легочной ткани выражается наклонностью к генерализации туберкулезных очагов и перифокальными типическими эксудативными воспалениями. Характерные особенности гистологического движения этих очаговых процессов при вторичной аллергии с преобладающим пропитыванием ткани лимфатическим массивом обуславливаются той борьбой за власть между микро и макроорганизмом, которая и придает динамико-биологическое выражение разнообразию пато-морфологических процессов. Перед метастазированием очагов широко открываются все пути: лимфогенный, гематогенный, интраканаликулярный и контактный. При одновременном или последовательном распространении всеми четырьмя способами получается полный расцвет туберкулезного заболевания аллергического организма. В этих случаях понижение гуморального и тканевого иммунитета предоставляет паразиту свободную возможность полностью справлять свой триумф. Эта аллергическая фаза позволяет нам найти свое отражение в ряде клинических типов, с характерными синдромами и зафиксировать их на рентгеновских снимках. Вне применения и здесь диспансерной методики мы были бы лишены практической возможности эту основную стадию изучить и окончательно утвердиться на правильной оценке обычного преддверия к легочной чахотке.

Дабы не погрузить чрезмерно нашу сегодняшнюю задачу в глубины талантливой теории Ранке, ограничимся здесь иллюстрированием основных клинических типов данного этапа вторичной аллергии с тем, чтобы сосредоточить, однако, главное внимание на моменте, ведущего начала фтизиса. Проблема обхвата клиникой Ранкевской вторичной аллергии далеко еще не исчерпана, и здесь имеется в виду продемонстрировать отличительные черты той группы пато-морфологических изменений, которые соответствуют выявлению этого стадия:

1) железисто-плевральную форму;
2) гематогенные метастазы с исходом в петрификацию;
3) Симоновские метастазы в верхушках;
4) начальные инфильтраты.

В системе Ранке излагаются основные принципы третичной аллергии, соответствующей собственному фтизису. На этом этапе определяется так называемая аллергия гистологического иммунитета. Она характеризуется относительно ослаблением чувствительности легочной ткани к туберкулезному яду и развитием (по Ранке) гуморального иммунитета, исключающего в дальнейшем возможность гематогенного и лимфогенного развития легочного туберкулеза. Процесс в своем дальнейшем медленном прогрессировании ограничивается контактным ростом и эндобронхитическим метастазированием очагов. Для отдельных форм изолированной легочной чахотки, не резко отграничиваемых от клинических типов вторичной аллергии, Ранке, правда, с большими оговорками выдвигает гистологическую реактивность железистой группы hilus'а, угасаемую при третичной стадии и сохраняемую при вторичной, как один из дифференциальных признаков.

Вкратце очертанные идеи Ранке послужили и продолжают оставаться путеводной звездой в оценке и толковании синдромов отдельных клинических типов легочного туберкулеза. Обращают внимание два фактора в этой системе, которые имеют свое ближайшее отношение к вопросу выявления ранних форм легочной чахотки. Первое—отсутствие в ней места для роли верхушечных туберкулезных

поражений, определяемых старой школой, как начало развития легочного туберкулеза; второе—проявление перифокальных эксудативных воспалений как при первичной, так и вторичной тканевой аллергии, гистологически, правда, неоднородных которому Ранке и придает важное значение для об'яснения клинических симптомов у живого человека.

Оплодотворенная учением Ранке клиника легочного туберкулеза сохраняет за верхушечными формами место во вторичном циклическом этапе, и как гематогенным метастазам—единичным или множественным—придает им значение абортивного туберкулеза (подтверждение старых идей Bard'a), не имеющего прямого или исключительного отношения к началу возникновения фтизиса. Работы Броннинга на основании богатого диспансерного материала в Штетине отмечают, что туберкулез верхушек только в 7% увязывается с началом развития открытого легочного туберкулеза. Лидтину изучение материала из клиники Romberg'a дало возможность подтвердить выводы Броннинга и категорически признать прежнее учение о роли верхушечных процессов, как теоретическую фикцию. Наша диспансерная оценка верхушечных форм нашла свое практическое выражение в ревизии многочисленной группы A_1 обнимающей, главным образом, эти формы в интересах освобождения от них наших вспомогательных учреждений, которыми они до последнего времени преимущественно перегружались. В клиническом отделении Туберкулезного Института мы также отмечаем на рентгенограммах при развитых формах фтизиса огромную частоту незахваченных процессом легочных верхушек. Таким образом, в настоящее время мы имеем уже полное право снять с преобладающего контингента амбулаторных больных—носителей верхушечных поражений—каинову печать легочной чахотки.

Дальнейшее движение легочного процесса при фтизисе по старым представлениям мыслилось „по этажам" в апико-каудальном направлении, каковое обуславливало деление на стадии по Турбану; при этом возникновение активного очага в нижнем и среднем легочном поле и дальнейшая эволюция поражений в обратном направлении оценивались как случаи атипические, редкие, как исключения, не подрывающие основную схему. В настоящее время эта классификация, характеризующая лишь экстенсивность развития легочного туберкулеза, отнюдь не может претендовать на клиническое выражение процессов, подчиненное исключительно динамико-биологическим обоснованиям пато-морфологических форм. Схема Турбана остается пока как международное обозначение, для топографической регистрации полей поражения и статистической ориентировки в туберкулезных учреждениях.

Еще в 1921 году, до начала оформления нового учения о патогенезе легочного туберкулеза, АШОФ и его школа ограничивают обязательность апикального расположения „sedes morbi" для начала развития легочного туберкулеза, и его ученики уже вместо apico caudal'ного говорят о cranio-caudal'ном рассеивании туберкулезных очагов, учитывая движение туберулезных поражений вниз не строго от верхушки, а от реинфекта, расположенного и в подключичной области верхнего поля. Здесь, в выдвинутом учении патологоанатомов школы АШОФА о реинфекте, противопоставляемом периоду первичного инфекта, хотя и не получившем у них ясной и единодушной оценки, как бы намечается прокладка моста к новому учению о патогенезе легочной чахотки.

В 1924 году профессор Ассман поделился впервые своими клиническими наблюдениями над типической формой изолированного легочного

очага в подключичной области. Протекая с относительно мало выраженными общими симптомами и неясными данными перкуссии и аускультации, эти поражения при рентгеноскопии выявляли себя в виде круглых инфильтратов, величиною от 5 пфенингов до 3-х марковой монеты пнеймонически казеозного характера, обнаруживающих довольно быстрое стремление к распаду, оставляя на своем месте типическую круглую каверну. В дальнейшем, Ассман мог убедиться в бронхогенном распространении туберкулезных изменений per continuitatem по остальным легочным полям, ведя начало от этого подключичного очага. Оценка этого факта заставила его с осторожностью усомниться в действительности „догмы, признающей, как правило, исходящее развитие легочного туберкулеза от верхушек" и приходит к заключению, что „в значительной части случаев первый очаг (движущее начало) имеет свою локализацию в подключичной области". Следует добавить еще об одном немаловажном факте, отмеченном Ассманом, об'ясняющем происхождение подключичного инфильтрата. Изолированность этого образования, локализация его в хорошо дышащей части легкого, убеждают Ассмана в аэрогенном его происхождении. Проявления этих поражений у студентов-медиков, у ассистентов патологических институтов, соприкасающихся с туберкулезным материалом, еще более подкрепляют его уверенность в описанной природе возникновения этих очагов. Несколько позднее опубликовал свой клинический и диспансерный материал Франц Редекер над целым рядом случаев типических инфильтратов с преимущественным расположением их под ключицей, но локализирующихся часто, как в среднем, так и в нижних полях легких. Работами других авторитетных клиницистов и фтизиаторов (Bacmeisler, Romberg, Schminke, Alexander, Ulrici) окончательно упрочилось новое учение о развитии легочного туберкулеза от описанных ранних образований, обозначаемых рентгеноскопически, круглыми эксудативными инфильтратами величиной с вишни до сливы, которые являются исходными началами фтизиогенеза. С каким периодом в Ранке'вской системе они увязываются, какими клиническими синдромами они выявляются, чтобы своевременно их распознать и предупредить наклонность к неудержимому метастазированию по остальным легочным полям? Эти вопросы составляют основную сущность той проблемы, которая ставится в порядке усвоения нового учения в интересах рациональной борьбы с легочным туберкулезом.

Морфологическое сходство круглых инфильтратов, их пнеймонически-казеозный характер, с первичным аффектом мог бы дать повод относить их формально к первичной аллергии. Отсутствие однако непременного для первичного комплекса реактивного увеличения регионарных желез области hilus'а с одной стороны, обычный исход этих инфильтратов не в цирроз, а либо к бесследному рассасыванию, либо чаще к распаду с последующим образованием круглой изолированной каверны, заставили отнести их к периоду вторичной эксудативной аллергии. Наибольшая чувствительность организма к яду на этой гистологической фазе предрасполагает легочную ткань уже при аэрогенной бациллярной инвазии ответить бурным эксудативным воспалением на проникновение суперинфекции. Здесь мы имеем, таким образом, перифокальное воспаление не вокруг старого очага, а как реакцию на вновь образованный очаг в совершенно свободной легочной ткани. Эти перефокальные воспаления в своем быстром росте могут вовлекать и плевральную реактивность, и тогда при рентгеноскопии эти ранние инфильтраты, особенно в средних легочных

полях, представляются отграниченными интерлобарными плевральными швартами.

Последнее время эти формы наиболее часто встречались среди поступающих больных в клиническое отделение Туберкулезного Института. Характерна быстрота частого переформирования этих начальных инфильтратов в круглые изолированные каверны, которую не останавливают часто ни санаторное лечение, ни даже наложение искусственного пнейматоракса, если не берется сразу курс на энергичное поджатие пораженной области. Поражает при внимательном диспансерном наблюдении путем частого рентгеноскопирования, или лучше помощью серийных снимков последующее рассеивание очагов, сопровождаемых также перифокальными воспалениями, которые, вполне удачно, названы Редекером дочерними инфильтратами. Они разделяют ту же судьбу первичных инфильтратов и способны к быстрому образованию каверн. При таких повторных распадах создается впечатление размножения каверн, которые могут различаться по степени давности, как материнские и дочерние. Описанные начальные инфильтраты, являясь исходным началом фтизиса, вместе с этим в своем дальнейшем росте per continuitatem или путем эндобронхитического рассеивания своих продуктов дают то разнообразие форм, которые охватываются всей Aschoff'ской классификацией. При этом пато-морфологическое разнообразие является функцией динамико-биологических особенностей третичной аллергии гистологического иммунитета. Репаративность процессов распространяется в неменьшей мере даже на лобарно-казеозные формы, которые могут быть охвачены цирротическим перерождением. Не останавливаясь на больших подробностях проблемы дальнейшего фтизиогенеза, перейдем к вопросам диагностического порядка. Неясность симптоматологии проявлений этих инфильтратов была уже отмечена Ассманом. Последующие работы других фтизиатров тем не менее пытаются из отдельных признаков создать характерные клинические синдромы, позволяющие фиксировать клиническую практику на этих процессах, ведущих начало фтизиса. Основные жалобы наиболее внимательных больных направлены в сторону разнообразия ощущений, характеризующих определенную реактивность организма. Частые гриппозные атаки, внезапные среди цветущего здоровья кровохарканья, нарушения обычной работоспособности, иногда строго локализированные боли, небольшой кашель с незначительным выделением мокроты—могут явиться поводами для посещения больными наших амбулаторных учреждений. При физикальном исследовании, необходимо иметь в виду крайнюю недостаточную эффективность перкуссии и аускультации, и здесь с особой тщательностью приходится расценивать все нюансы возможных отклонений.

Несмотря на низведение новым учением роли верхушечных процессов, необходимость обычного обхвата области их физикальными исследованиями не теряет своего значения. Перкуторные изменения надключичной области могут обуславливаться теми ателектазами верхушечного купола легких, которые обязаны своим образованием ниже лежащим изменениям—подключичным, или интралобарным и перигилусным. Сравнительная перкуссия подключичных ямок имеет в виду уловить те оттенки, которые могут быть выявлены при наличии большей части располагающихся в этой области начальных инфильтратов. В этих случаях применима, главным образом, тихая, или, по Нейману, так называемая прыгающая перкуссия, которая оказывается наиболее эффективной.

Лично считаю для себя необходимым пользоваться мало популярным методом отыскивания симптома Фридрейха, без которого нельзя обойтись при нащупывании немых каверн. Здесь мне, кажется, предпосылки для перкуторных изменений при вдохе и выдохе сохраняются и при наличии круглых инфильтратов. Аускультативные проявления богаты своим разнообразием— выслушиваются и нормальное дыхание, и ослабленное, и неопределенное, и даже бронхиальное, в зависимости от расположения инфильтрата на различных глубинах легочного массива. Заслуживают особого внимания симптомы начинающегося распада или интерлобарных плевритов своими привходящими шумами— мелкие хрипки, „craquement" ими шум трения. Тем не менее, надо признать, что решающим фактором в распознавании начальных инфильтратов все же является рентгеноскопия и даже рентгенография. Отрицать их значения способны лишь те, которые никогда или мало сталкивались с этими патологическими явлениями у живого человека. Из лабораторных исследований должны считаться обязательными—анализ мокроты, определение сдвига в гемограмме и реакция осаждения.

В особенности последние два момента выигрывают в своем значении при дифференцировании с гриппом, так часто маскирующим явления воспалительного acme или распада начального инфильтрата. Более резкий и длительный сдвиг влево при гриппе почти вплоть до его окончания, незначительный и краткой продолжительности при инфильтратах; высокие цифры скорости оседания эритроцитов при гриппе и средние до 20 млм. при инфильтратах—считаются характерными моментами отличия. Не трудно убедиться, таким образом, что отражение идей Ранке в клинической практике привело не только к коренному пересмотру старых представлений о начале фтизиса и построении нового учения о патогенезе легочного туберкулеза, но и дает научное обоснование для оценки тех дальнейших изменений в развитии очагов, которые неразрывно увязываются с фазами гистологических аллергий. В самом деле, если еще недавно и даже в настоящее время прогностическая характеристика тесно увязывалась с дуалистическим учением, которое относит цирротические исходы к продуктивным формам, то на примерах инфильтративных процессов мы часто убеждаемся в обратном: эксудативные лобарно-пнеймонические процессы переходят с наступлением фазы гистологического иммунитета в цирротические или цирротически-кавернозные формы.

Наступление той же третичной аллергии совпадает также с образованием так называемых поздних верхушечных индуративных процессов, ведущих свое происхождение от тех же подключичных инфильтратов. И здесь, следовательно, верхушечные процессы могут рассматриваться как resiodua, как исход эксудативных процессов. Проблема, повторяем, установления всех моментов движения, исходящего от начальных инфильтратов, видов аспирационного рассеивания очага, далеко не закончена и в дальнейшем сулит целый ряд новых выводов, имеющих огромное значение для терапии туберкулеза. Ясно, что только длительными наблюдениями над судьбами носителей поражений, измеряющимися даже не месяцами, а годами могут оплодотвориться наши знания новыми фактами, новыми откровениями. Пути к клиническому разрешению туберкулезной проблемы лежат по ту сторону стационарных учреждений в направлении правильной постановки и развития диспансерного охвата туберкулезных больных.

Перспективный 5-ти летний план Н. К. З. ставит перед нами определенные требования охвата сельской периферии рациональной борьбой с туберкулезом.

Опыт работы советского здравоохранения по линии диспансерных основ оправдал себя полностью не только в профилактике туберкулеза, но, как нам удалось доказать, не в меньшей степени по линии постановки и дальнейшей проработки клинических проблем. Естественно, что и в участковой периферии в деле борьбы с туберкулезом применим тот метод, который должен явиться непосредственным отображением системы городской противотуберкулезной сети. Основной ячейкой борьбы с туберкулезом здесь является сельский Диспансер, который ставит перед собой ближайшей задачей обхватить своим учетом, врачебным и патронажным наблюдением все туберкулезные очаги района своей деятельности. Изоляция, по возможности, тяжелых больных, воспитание бациллоносителей в направлении ограждения окружающих от распространения ими инфекционного материала (снабжение карманными плевательницами, установка плевательниц в избах, местах скопления, приучения к санитарным навыкам в быту—пользование отдельной посудой при еде, отдельным местом для спанья и т. д.). В этой области—локализации туберкулезного очага для сельского Диспансера предстоят большие трудности борьбы в обстановке, едва тронутой культурой; но в то же время представляются и ценные предпосылки, имеющие определенные преимущества по сравнению с городом. Климатические и природные факторы, изолированность жилищ, создают наиболее яркие моменты, обеспечивающие успехи профилактики туберкулеза на селе. Вылавливание ранних проявлений туберкулеза должно занимать центральное место в работе сельского Диспансера, и осуществляется в порядке систематического врачебного осмотра всех контактов, окружающих бациллоносителя. Проведение перечисленных лабораторных исследований на месте и обязательное направление подозрительных и возбуждающих сомнение случаев, в ближайшее консультативное учреждение, снабженное рентгеновской установкой с указанием необходимых клинических и социальных данных—должны войти в систему повседневной диагностической работы Диспансера.

Предусмотренное при строительстве участковых больниц в плане НКЗ развертывание туберкулезного стационара на 10 коек первое время, несомненно, будет заполняться тяжелыми формами в целях изоляции; но тем не менее основная задача, своевременное привлечение из сельских Диспансеров больных с начальными активными выявлениями для терапевтического воздействия на эволютивные формы, должно найти свое выражение в прямом назначении туберкулезного отделения больницы. Это важнейшее звено в деле противотуберкулезной борьбы должно быть укреплено, как ближайшая к сельскому Диспасеру высоко-квалифицированная, диагностическая лечебная и профилактическая инстанция. Осуществление этого требования упирается в следующие основные предпосылки:

1) ведение туберкулезного стационара должно быть поручено терапевту, прошедшему интернатуру в Туберкулезном Институте;

2) участковая больница должна быть снабжена рентгеновской установкой.

С включением сельского Диспансера, участковой больницы в непрерывную цепь противотуберкулезной сети получается стройная система органической увязки сельской периферии через окружные Туберкулезные Диспансеры с Туберкулезным Институтом, осуществляющим свое назначение борьбы с туберкулезом в республике под руководством НКЗ.

Вопыт вывучэньня дзейнасьці сэрца і лёгкіх у дзяцей у залежнасьці ад констытуцыі.

Курыловіч.

Наўрад ці знойдзецца больш супярэчнае і больш складанае пытаньне чым пытаньне аб констытуцыі чалавечага арганізму і тым больш арганізму дзіцячага. Яго складанасьць павялічваецца яшчэ таму, што констытуцыя чалавеча і ў асаблівасьці дзіцяча, ня ёсьць нешта сталае, точнае, аформленае, статычна нярухомае; наадварот, констытуцыя ёсьць дынаміка, фактар вечнага руху, і ў якія-б штучныя рамы і формы яе ня ўціскалі, якія-б умовы не ўтварылі-б яна ня ўвойдзе ў іх, не ўкладзецца, бо яна бязьмежна ў сваіх праяўленьнях. Неправідлова думаюць тыя, якія прадстаўляюць, што пэўныя групы констытуцыі, напрыклад, астэнікі прыблізна маюць аднолькавую насьледнасьць, аднолькавую функцыю залозаў унутранай сэкрэцыі, аднолькавы склад крыві і, пры аднолькавых знадворных умовах, аднолькава даюць рэакцыю на знадворныя шкоднасьці і г. д. Нічога падобнага. Ніхто ня стане адмаўляць таго, што адна і тая група астэнікаў, будучы заражана адным і тым-жа заразным мікробам у аднолькавай дозе, дасьць далёка не аднаковую рэакцыю. Для адных яна пройдзе бясьсьледна, няпрыкметна, у другіх яна дасьць бурныя зьявы з боку ўсяго арганізму, але скончыцца выздараўленьнем, а трэціх прывядзе ў магілу.

Зразумела, чаму сучасны навуковы напрамак у пытаньні аб констытуцыі не здавальняецца чыста марфалёгічным дасьледваньнем яе, а ўсё больш і больш вывучае яе функцыянальна і біохэмічна, імкнучыся намеціць точную сыстэму клясыфікацыі констытуцыі, якая так неабходна пры вывучэньні чалавечага арганізму.

Само сабою зразумела, што праца гэта цяжкая, патрабуе сталай праверкі, калякты ўнай дапамогі, масавых дасьледваньняў і вопытаў, якія пры старанным выпаўненьні ўнясуць многае, што дапаможа ў гэтай складанай праблеме. Такой невялікай спробай, зьяўляецца і наша праца, якая ставіць сваім заданьнем прасачыць дынаміку сэрца і лёгкіх у дзяцей розных констытуцый і зрабіць, па магчымасьці, адпаведныя вынікі.

Вядома, што пры хваробе гэтых органаў, як і пры іншых захворваньнях, мэдыцына даўно ўжо карыстаецца рознымі функцыянальнымі спробамі, сутнасьць якіх зводзіцца к таму, што пэўнаму воргану, выконваючаму пэўныя функцыі, даюць тую ці іншую нагрузку і глядзяць, як дадзены ворган справіцца з гэтай нагрузкай. Калі спраўляецца добра, дык гэта сьведчыць аб тым, што гэты ворган працуе добра, правідлова, што адхіленьняў ад нормы ў ім няма і тагды думка дасьледчыка накіроўваецца па другому шляху пакуль ён ня знойдзе прычыны захворваньня. Так, напрыклад, пры хваробах почак з мэтай праверыць функцыю клубочкаў, мы робім „водную спробу“, спробу на „концэнтрацыю“, пры хваробе печанёў спробы робяць „з цукрам“, спробы, накіраваныя на выяўленьне функцыі выдаленьня і г. д.

Ня менш, канешна, прапанавана спробаў і для выяўленьня функцыянальнай дзейнасьці сэрца і лёгкіх, але сутнасьць іх, як ужо адзнача-

лася, зводзіцца да аднаго: даць пэўную нагрузку гэтым органам і сачыць, як з ёю справяцца.

Дзеля гэтага зразумела, што мы для свае працы выбралі тую з спробаў, якая найбольш простая, найбольш лёгкая для выкананьня і адначасова захоплівае абодвыя гэтыя органы, бо як вядома, іх работа неаддзяліма зьвязана.

Такою спробаю зьяўляецца спроба Müller'a, якая зводзіцца да таго, што дасьледуемага прымушаюць энэргічна выконваць у адзінку часу (1 ці ½ хвіліны) пэўную работу (бег, прысяданьне і інш.), і пры гэтым сочаць за лічбай пульсавых ці сэрдэчных udaраў і лічбай дыханьняў у 1 хвіліну да і пасьля работы. І вось па Müller'у ў чалавека здаровага пры вышэйадзначанай спробе ў норме будзе наступнае: пульс з 70—80 удараў пры спакойным становішчы, пры рабоце рэзка павысіцца да 150—200 удараў у 1 хвіліну, а дыханьне з 18—24 да 30—50, але пры гэтым трэба памятаваць, што ў здаровага чалавека, чалавека дарослага праз 1 хвіліну пасьля работы і сэрца і лёгкія прыходзяць ў норму, т.-е. ў папярэдняе становішча, якое было да работы—пульс 70—80, дыханьне 18—24. Само сабою зразумела, што пры парушэньні функцыяў вышэйадзначаных органаў, спроба гэта дасьць рэзкае адхіленьне ад нормы. Пры самай нязначнай рабоце—рэзкае павышэньне ў лічбе ўдараў сэрца і дыханьня, іншы раз значная зьмена ў рытму і супакаеньне пачнецца праз некалькі хвілін пасьля работы.

Але ў гэтай працы нас цікавяць ня хворыя органы, а зусім здаровыя і не дарослы чалавек, а дзіця, дзіцячы ўзрост ўва ўсе яго пэрыяды, пачыняючы з таго моманту, калі гэту спробу магчыма рабіць, т.-е. 3-х гадоў, да канца пэрыяду плоцьнага дасьпяваньня да 17—18 гадоў.

Надзвычайна цікава прасачыць, як здаровыя дзеці адказваюць на адну і тую-ж нагрузку, ці маюць значэньне ўзрост і род і як адбіваецца на выкананьні гэтай нагрузкі констытуцыя дзіцяці і інш.

Цікавасьць падобнага дасьледваньня павінна павялічвацца яшчэ тымі абставінамі, што яно мае і практычнае значэньне.

У самым дзеле, у выпадку выяўленьня на адну і тую нагрузку розных рэакцыяў з боку сэрца і лёгкіх у розных дзяцей, урач абавязаны паставіць перад выкладчыкам фізкультуры пытаньне: ці правідловы яго мэтад фізычнага выхаваньня, калі ў аснове яго ляжыць ужываньне аднолькавай меркі для ўсіх дзяцей? І ці не зьяўляецца такі шаблённы мэтад прычынай разьвіцьця функцыянальных расстройстваў сэрца ў дзяцей-школьнікаў, сьлепа выконваючых запатрабаваньні фізкультуры і ў далейшым заплочваючы за ,яе дарагою цаною свайго здароўя, а часам і жыцьцём.

Вось усе гэтыя абставіны і прымусілі нас выканаць гэтую працу і аднесьціся па магчымасьці да яе з найбольшай старраннасьцю і аб'ектыўнасьцю.

Да зьместу гэтае працы мы і прыступаем.

Намі зроблены досьлед над 300 (трохстамі) здаровымі дзяцьмі. Досьлед рабіўся з дзяцьмі здаровымі розных узростных груп, для чаго было ісхадайнічана дазваленьне ў Менскага Акруговага Аддзелу Народнае Асьветы, які з прыемнасьцю на нашу просьбу адгукнуўся, прадставіўшы нам тры дзіцячых сады (№ 9, 10 і 7) і адну школу (№ 13).

Намі былі ўзяты дзеці адной нацыянальнасьці—беларусы, маючы на мэце ў далейшым зрабіць такі самы досьлед на такой-жа колькасьці дзяцей яўрэйскай і польскай нацыянальнасьці. Мэтодыка дасьледваньня наступная:

Заранеей дагаварыўшыся з кіраўнікам установы, школьна-санітарным урачом гэтай установы, мы прыходзілі ў школу ці дзіцячы сад і скла-

далі сьпісак групы дзяцей, асоб 10—15, адзначаючы ўзрост і род (хлопчык ці дзяўчынка). Затым, па парадку выклікалі дзяцей па адным у вялікі прасторны пакой (па магчымасьці найбольш ізаляваны ад староньніх шумаў) і перш за ўсё адзначалі па морфалёгічным адзнакам констытуцыйны тып гэтага дзіцяці. Для досьледу намі выдзелены: 1) нармальныя дзеці, 2) дзеці астэнікі (па Stiller'у) з найбольш рэзкім выяўленьнем гэтай анамаліі і 3 дзеці-лімфатыка-гіпопластыкі (па Bartel'ю). Былі таксама дзеці эксудатыкі і нэрвова-артрытыкі, прычым мы кіраваліся ня толькі сучаснымі нашымі дасьледваньнямі, але і нагляданьнямі іх школьна-санітарнага ўрача.

Пасьля адзначэньня констытуцыі, дзіця дасканальна аглядалася цалкам і асабліва зварочвалася ўвага на сэрца і лёгкае. У выяўленых выпадках хваробы сэрца ці лёгкіх, ці наогул хворыя, такія дзеці дасьледваньню не падлягалі, а калі радзі цікавасьці і падлягалі, дык намі не рэгістраваліся. Што датычыць да спрэчных выпадкаў, дык яны трымаліся пад увагу толькі тады, калі не давалі значных адхіленьняў на спробу і адзначаліся намі як здаровыя.

Пасьля гэтых папярэдніх дасьледваньняў, мы приступалі да самога вопыту. Перад самым вопытам мы праводзілі з дзяцьмі гутарку, адзначаючы больш дарослым дзецям мэту работы, а дашкольнікаў, прывучалі да ўмелага выкананьня нашых распараджэньняў. З прычыны таго, што наша распараджэньне складалася толькі з двох слоў „бяжы“ і „сядзь“, дзеці яго ўсвойвалі вельма хутка і выконвалі з вялікім захапленьнем. Вопыт рабіўся так: пасярод вялікага пакою станавіўся стол і тры крэслы. Адно для дзіцяці і два для нас (мяне і школьна-санітарнага ўрача). Дзіця садзілі каля сябе, і калі яно было падрыхтавана, аднесена да пэўнай групы констытуцыі і агледжана з боку сэрца і лёгкіх, мы падлічвалі ў дзіцяці ў спакойным становішчы лічбу сардэчных удараў і лічбу дыханьняў у 1 хвіліну. Затым гаварылі дзіцяці: „Бяжы навокал стала шпарка, як толькі можаш, пакуль ня скажам сядай“ і дзіця пускалася ў бег ува ўсю моц навокал стала. Пасьля аднэй хвіліны яго бегу казалі „сядзь“, і хутка падлічвалі зноў лічбу сэрдэчных удараў і дыханьняў, адзначаючы гэта ў сшытку. Пасьля аднэй хвіліны адпачынку мы зноў падлічвалі лічбу сэрдэчных удараў і дыханьняў і зноў рэгістравалі. І так рабілі праз кожную хвіліну да тых пор, пакуль не атрымлівалі першапачатковай лічбы, г. зн. лічбы сэрдэчных удараў і дыханьняў, якое было да работы ў спакойным становішчы. Досьлед рабіўся ў аднолькавыя даабедзеныя гадзіны з 11 да 3-х, у асобным, як ужо адзначалася вышэй, пакоі, пры поўнай цішыне.

У 1 гадзіну ўдавалася дасьледваць ня больш 4-х асоб. Запіс рабіўся наступным спосабам.

№№	Прозьвішча і імя дасьлед.	Узрост	Род	Констыт.	Лічба сардэч. удараў і дых.			Пасьля работы		Праз 1 хв.		Праз 2 хв.		Праз 3 хв.	
					Пульс	Дых.		Пульс	Дых.	Пульс	Дых.	Пульс	Дых.	Пульс	Дых.
1	Мільгуй Г. .	4	м.	№	96	30	Работа 1 хвіліна	180	48	96	30	96	30	—	—
2	Барсук Р. .	7	дз.	лімф.	96	24		138	36	120	30	102	28	96	24
3	Мякінка А. .	18	м.	Аст.	72	28		150	48	102	30	72	28	—	—
4	Вялічка З. .	17	дз.	№	90	30		156	30	90	30	90	30	—	—

Такім спосабам было дасьледвана 300 дзяцей. Цяпер цікава пагля-дзець, якія вынікі гэтай працы? Ці ўсе дзеці далі аднолькавую рэакцыю на адну тую нагрузку?

Высьвятляецца, што далёка не аднолькавую. Усе дзеці разьбіліся на чатыры больш выразных групаў ці катэгорыяў.

Першая з іх самая большая ў колькасьці 128 дзяцей—42,6 проц., дала прапарцыянальнае павялічэньне лічбы дыханьняў і сардэчных ударaў пасьля работы, прычым суадносіны іх не зьмяніліся ні да, ні пасьля вопыту. Так, напрыклад, калі ў спакойным становішчы пульс быў 90, а дыханьне 30, а суадносіны 1 : 3, дык пасьля 1-хвілёвага бегу пульс павялічваўся ў сярэднім да 150, дыханьне да 50, суадносіны 1 : 3. І характэрна заўважыць, што ў гэтай катэгорыі дзяцей праз адну хві-ліну пасьля бегу і пульс і дыханьне прыходзілі ў норму, г. зн. стано-вішча, якое было да работы [1]).

Тып другі, меншы па колькасьці, усяго 84 асобы, што складае 28%, характарызуецца тым, што тут няма правідловых суадносін між лічбай пульсовых ударaў і лічбаў дыханьняў, няма правідловай прапорцыі. Гэта група па рознаму рэагуе на работу. У некаторых дзяцей з 80—90 ударaў у спакойным становішчы—пасьля бегу пульс павялічваецца да 180—200, у той час як дыханьне дае ня рэзкае павышэньне з 24 да 36, іншы раз менш, іншы раз больш і выраўніваньне ў іх ня мае пэўнай заканамернасьці, часам пульс прыходзіць у N, тады як ды-ханьне яшчэ паскорана часам бывае і наадварот, пульс паскораны, а дыханьне прыходзіць у N. Але часьцей за ўсё і пульс і дыханьне пры-ходзяць у N не праз адну хвіліну, як у першай катэгорыі, а праз дзьве.

Што належыць да трэцяга тыпу, які складае 63 дзяцей, 21 %, дык тут мы маем некаторую парадаксальнасьць. У той час, як пульс з 70—80 у N, пасьля работы падымаецца да 180, лічба дыханьняў не зьмяняецца. Такім спосабам, атрымліваецца нібы нейкая дысгармонія між дзейнасьцю сэрца і лёгкіх. Але калі зьвярнуць увагу на характар дыханьняў, дык мы ўбачым, што яно тут мае асаблівы характар. Дыханьне мае ня звычайны павярхоўны выгляд, а, наадварот, становіцца глыбокім, дзіця дыхае марудна, але поўнымі грудзьмі. Энэргічна дзей-нічаюць усе дапамагальныя цяглiцы, як грудзей, так і жывата. Гэты тып можна было-б ахарактэрызаваць, як тып дыхальны, ці пульманальны.

Што належыць чацьвертай групы, найменшай па лічбе, якая скла-дае толькі 8,4 %, альбо 25 дзяцей, дык яе можна ахарактэрызаваць як найменш устойлівай адносна нагрузкі. Рэакцыя гэтай групы дзяцей блізка падыходзіць да рэакцыі хворых.

Тут мы маем рэзкае спазьненьне выраўніваньня як пульса, так і дыханьня, якія прыходзяць у норму толькі праз 3—4 часам і праз 5 хвілін.

Такім спосабам у нас выявіліся 4 тыпы: 1), 2), 3) і 4).

Цяпер паглядзім, як наш матэрыял разьмеркаваўся па конституцыям і якія тыпы дзяцей увайшлі ў кожную з констытуцыяў. Адзначаўшы гэта табліцай, мы будзем мець наступнае:

	Назва констытуцыяў	Тып 1	Тып 2	Тып 3	Тып 4	Усяго
1	Нармальн. конст.	117	14	40	18	189
2	Астэнікаў	1	42	4	—	47
3	Лімфатыкаў	1	20	18	—	39
4	Нэр-артрыт.	9	8	—	1	18
5	Неадзначаных	—	—	—	7	7

[1]) Табліцы па тэхнічным умовам не маглі быць зьмешчаны. (*Рэдакцыя*).

Цікава цяпер паглядзець, якія групы дзяцей па ўзросту, роду і конституцыі адносяцца да вышэйадзначаных тыпаў.

Усяго дасьледвана 300 дзяцей; з іх хлопчыкаў 151 і дзяўчатак 149.

Па ўзростным групам ад 3-х да 8 год усяго 109, з іх хлопчыкаў 47, дзяўчатак 62; ад 8 да 13 год—76, дзяўчатак 42, хлопчыкаў 34; ад 13 да 16 г.—90; дзяўч. 36, хлопчыкаў 54 і ад 16—18 г.—25, дзяўчынак 9, хл. 16.

Па конституцыі наш матар'ял разьмяркаваўся ў наступным парадку:

	Наз. Конст.	Усяго	%	3—8 г.		8—13		13—16		16—18		Усяго	
				хлоп.	дз.	хлоп.	дз.	хлоп	дз.	хлоп.	дз.	хлоп.	дз.
1	Нармальн.	189	63	30	41	18	27	32	22	12	7	92	97
2	Астэнікаў.	47	15,7	3	4	6	9	14	8	2	1	25	22
3	Лімфатык.	39	13	8	10	6	5	5	3	1	1	20	19
4	Нэр-артр.	18	6	4	5	3	1	2	2	1	—	10	8
5	Неадзнач.	7	2,3	2	2	1	—	1	1	—	—	4	3

Паглядзім цяпер, якія процантныя суадносіны асобных тыпаў конституцыяў па ўзросту.

		3—8 г.				8—13				13—16				16—18				Усяго		
	Агульн. кол.	47		62		34		42		54		36		16		9		151		149
	Назва конституц.	хлоп.	%	дз.	%	хл.	%	дз.	%	хл.	%	дз.	%	хл.	%	дз.	%	хл.		дз.
1	Нармальн. .	30	63	41	68	18	53	27	64	32	59	22	61	12	75	7	88	92	61	97
2	Астэнікаў. .	3	6.3	4	6,4	6	18	9	21	14	26	8	22	2	13	1	11	25	—	22
3	Лімфатык. .	8	17	10	16	6	18	5	12	5	9	3	8	1	6	1	11	20	—	19
4	Нэр-артр. .	4	9	5	8	3	9	1	2.4	2	4	2	6	1	6	—	—	10	—	8
5	Неадзнач. .	2	4	2	3	1	2	—	—	1	2	1	3	—	—	—	—	4	—	3

Кідаецца ў вочы перш за ўсё тое, што лічба астэнікаў у школьным узросьце рэзка павялічваецца і ў пэрыяд плоцьнага дасьпяваньня дасягае максімуму. Гэта стане нам зразумела, калі ўспомніць, што остэнічная аномалія конституцыі найбольш рэзка выяўляецца ў школьным узросьце і ў пэрыяд плоцьнага дасьпяваньня, а ў раньнім дзяцінстве яна знаходзіцца некалькі ў схаваным становішчы і ня можа быць зусім адзначана.

Што належыць да лімфатыкаў і нэрвова-артрытыкаў, дык гэтыя аномаліі конституцыяў найбольш рэзка выяўляюцца ў раньнім дзяцінстве, хаця апошняя з іх таксама рэзка праяўляецца і ў больш пажылым узросьце.

Цяпер нам засталося разглядзець, як улажыліся розныя канстытуцыі ў адзначаных намі тыпах:

Тыпы	3—8					8—13					13—16					16—18					Усяго					
	Нормальн.	Астэнікаў	Лімфат.	Н-артр.	Неадзн.	Нормальн.	Астэнікаў	Лімфат.	Н-артр.	Неадзн.	Нормальн.	Астэнікаў	Лімфат.	Н-артр.	Неадзн.	Нормальн.	Астэнікаў	Лімфат.	Н-артр.	Неадзн.	Нормальн.	Астэнікаў	Лімфат.	Н-артр.	Неадзн.	
1	41	0	1	4	—	23	—	—	2	-	39	1	—	2	—	14	—	—	1	—	117	1	1	9	—	128
2	4	7	12	5	—	7	15	4	2	-	—	17	2	1	—	3	3	2	-	—	14	42	20	8	—	84
3	17	—	5	—	—	7	—	7	—	—	14	4	6	1	—	2	—	—	—	—	41	4	18	—	—	63
4	9	—	—	—	4	8	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	18	—	-	—	7	25

Такім чынам, з гэтай табліцы відаць, што ў групу першага тыпу папалі пераважна дзеці з нармальнай канстытуцыяй, астэнікаў і лімфатыкаў амаль няма і нязначная колькасьць нэрвова-артрытыкаў.

Што належыць да другога тыпу, дык гэтую групу, як відно з табліцы, большасьць складаюць астэнікі, з 84, 42, т-е. 50%; лімфатыкаў 20 асоб—25% і апошнія нэрвова-артрытыкі з часткай нормальнай канстытуцыі.

У групу трэцяга тыпу большасьць увайшло дзяцей нармальнай канстытуцыі, затым лімфатыкаў і толькі 4 дзяцей астэнікаў. Што належыць да чацьвертага тыпу, дык з 25 дзяцей—18 маем нармальнай канстытуцыі і 7 неадзначаных.

Чым-жа растлумачыць, што ў групу другога, дыспрапорцыянальнага тыпу ўвайшлі галоўным чынам астэнікі і лімфатыкі?

Нам гэта стане ясна, калі ўспомніць, што дзеці гэтай анамаліі канстытуцыі ў большасьці выпадкаў маюць недастатковую сэрдэчна-судзінавую сыстэму, капельнае сэрца, вузасьць судзін і г. д.

Характэрна таксама адзначыць, што ў групу дыспрапорцыянальнага 2-га тыпу па ўзросту найбольш ўвайшло дзяцей школьнікаў ад 8—13 г. і дзяцей ў пэрыяд плоцьнага дасьпяваньня ад 13—16 год і гэта зусім зразумела, бо ў гэты пэрыяд, як вядома, адбываецца афармленьне арганізму з боку залоз унутранай сакрэцыі, пераразьмеркаваньня сілаў арганізму і г. д.

Якія-ж вывады можна зрабіць на падставе праробленай намі працы? Зразумела, прымаючы пад увагу, што такая спроба зьяўляецца амаль што новай, і што яна праробленa на параўнаўча невялікім матар'яле і патрабуе больш грунтоўнай далейшай распрацоўкі і праверкі, і з вывадамі трэба быць надзвычайна асьцярожнымі.

Тым ня менш можна адзначыць наступнае:

1) Ня ўсе дзеці з нармальнай канстытуцыяй аднолькава рэагуюць сваімі галоўнейшымі апаратамі сэрцам і лёгкімі на адну і тую нагрузку, а, значыцца, маюць і розную сілу, розную дынамічнасьць, розную дапасаванасьць.

2) Бясспрэчна, што гарманічнасьць работы сэрца і лёгкіх зьяўляецца найбольш яскравым паказальнікам гарманічнасьці ўсяго арганізму, асабліва яго фізыолёгічнага становішча.

3) Ня ўсе дзеці астэнічнай і лімфатычнай анамаліі констытуцыяў аднолькава рэагуюць на адну і тую нагрузку, но тым ня менш, большасьць з іх даюць аднолькавыя адхіленьні і адносяцца да адных тыпаў, што сьведчыць аб рэактыўнай спэцыфічнасьці і аднолькавасьці іх констытуцыі.

4) Рэактыўная тыпавая аднолькавасьць дзяцей, сьведчыць аб тым, што клясіфікацыя іх на тыпы магчыма і з пункту гледжаньня практычнай і навуковай неабходна.

5. Клясыфікацыі патрэбна будаваць не на грунце статыкі, т-е. морфолёгіі, а на грунце дынамікі, т-е. функцый розных ворганаў організму і іх рэактыўнай асаблівасьці.

Эпідэмічны энцэфаліт на Беларусі.

М. А. Хазанаў.

З Нэрвовай Клінікі БДУ

Дырэктар Праф. **М. Б. Кроль.**

Эпідэмічны энцэфаліт, які бушуе ўжо 11 год, ўсё яшчэ застаецца ў цэнтры увагі нэўрапаталёгіі і ўнутранай мэдыцыны. Ня гледзячы на вялізарную літаратуру па эпідэмічнаму энцэфаліту [1]) цэлы шэраг праблем, якія сталі актуальнымі ў сувязі з гэтай хваробай, застаюцца яшчэ не разьвязанымі.

Пытаньні эпідэміолёгіі.

Асаблівы інтэрас маюць пытаньні этыолёгіі і эпідэміолёгіі. Першаму пытаньню прысьвечаны шматлікавыя экспэрымэнтальныя дасьледваньні, зробленыя амаль што ва ўсіх краінах і ў нашым Саюзе (Wiesner, Levaditi, Harvier, Nicolau, Neter, Wilson, Bradfourd, Liljenquist, Doerr, Zdansky, Loewe, Beneman, Stern, Гэймановіч, Кулькоў, Белікаў, Валынская, Івашанцоў і інш). Гэтая праца дала багаты матар'ял аб асаблівасьцях і ўласьцівасьцях віруса эпідэмічнага энцэфаліту, але разам з гэтым многае ў гэтым пытаньні застаецца супярэчным. Больш менш устаноўленымі і надзвычайна важнымі для патагэнэзу эпідэмічнага энцэфаліту зьяўляюцца дадзеныя аб тым, што фільтруючыйся і ультравізібельны вірус гэтай хваробы належыць да групы ўзбудзіцеляў эктодэрмозаў, якія ўладаюць, як вядома, асаблівым сваяцтвам да эктадэрмы. Якім бы шляхам ён пранік у арганізм, ён па нэрвах дадзенага вучастку пападае ў галаўныя і сьпіныя мазгі і выклікае там вызначаныя зьмены. На другое пытаньне, а іменна, эпідэміолёгію эпідэмічнага энцэфаліта, значна менш было зьвернута увагі, чымся на пытаньні этыолёгіі. А між тым эпідэміолёгія мае значаньне ня толькі з пункту погляду дэтальнага вывучэньня руху эпідэміі, шляхоў яе распаўсюджваньня, момантаў дапамагаючых і спрыяючых інфэкцыі, але мае асабліва важнае значэньне для прафіляктыкі, для выпрацоўкі на падставе эпідэміолёгіі папярэджваючых мерапрыемстваў ў адносіне эпідэмічнага энцэфаліту. Каштоўныя нагляданьні Marinesco, Lemièrre, Stiefler, Гэймановіча, Моргуліса, Канановай і інш., толькі часткова асьвятляюць пытаньні эпідэміолёгіі. Бліжэй падыйшлі да гэтага Stern, Fleck, Peust, Viliger і асабліва Kling і Liljenquist.

У вывучэньні эпідэміолёгіі эпідэмічнага энцэфаліту ў СССР істотнае значэньне мае разьвіцьцё гэтай хваробы на „ўскраінах“ нашага

---

[1]) Па дадзеных Кпарр'а за апошнія 10 год надрукавана звыш 300 прац на нямецкай, ангельскай, францускай і італьлянскай мовах; на расейскай мове па абгляду праф. Гэймановіча надрукавана 136 паведамленьняў.

Саюзу, якія непасрэдна мяжуюцца з іншымі краінамі. Мы паставілі сабе дзеля гэтага мэтай, побач з вывучэньнем асаблівасьцей цячэньня эпідэмічнага энцэфаліту ў Беларусі, зьвярнуць асаблівую ўвагу на рух разьвіцьця эпідэмічнага энцэфаліту і ў Беларусі, якая знаходзіцца па свойму гэографічнаму становішчу і па гістарычнаму руху здарэньняў за апошнія 2 дзесяцігодзьдзі ў некалькі іншых умовах, чым цэнтральная частка нашага Саюзу.

Па дадзеных Sterna, Cruchet, Netter'a, Adamowicz'a і інш., агульны рух разьвіцьця эпідэмічнага энцэфаліту быў наступны: першыя выпадкі зьявіліся вясной 1915 г. у Румыніі, дзе яны аднак не насілі эпідэмічнага характару. Паасобныя спарадычныя выпадкі наглядаліся і ў іншых краінах (на Украіне—Гэймановіч, у Гішпаніі—Fracassi і інш), у 1913-1915г. Узімку 1915-16 г. г. хвароба ўпершыню распаўсюджылася эпідэмічна на францускім фронце у Вердэне (Cruchet, Lépine). Узімку 1916-17 г. г. яна зьяўляецца ў Аўстрыі, дзе наглядаецца т. зв. першая клясычная эпідэмія „летаргічнага энцэфаліту" (Economo, Pal). Паасобныя выпадкі наглядаюцца ў 1917 г. у Нямеччыне, Лейпцыгу (Strümpell), значная эпідэмія ва Францыі (Cruchet, Mautier, Calmettes) і ў Аўстраліі (Campbele, Breinl). Страшэнныя разьмеры яна прымае ў 1918 г. ва Францыі, у Алжыры, у Англіі і пачынаецца эпідэмія ў Нямеччыне (у Кіле, Гамбурге, Штутгарце і інш. мясцох). У тым жа 1918 г. яна зьяўляецца ў Італіі, Партугаліі, Амэрыцы, Аўстраліі, Грэцыі, Швэйцарыі і Польшчы. У апошніх краінах яна носіць яшчэ спорадычны характар, і толькі ў 1919 г. яна атрымлівае там эпідэмічнае распаўсюджваньне. У 1919 г. яна пачынае яшчэ бушаваць у Скандынаўскіх краінах (Швэцыі, Даніі, Нарвэгіі, Фінляндыі), зьяўляецца ў Прыбалтыцкіх краінах, на Украіне (Гэймановіч, Раймiст), у Турцыі, Палестыне, Японіі, Кітае; Індыі, Канадзе, Бразіліі, Гішпаніі і інш. К пачатку 1920 г. аказваюцца ахопленымі хваляй эпідэміі э. э. амаль што ўсе краіны зямной кулі. У наступныя гады эпідэмічны энцэфаліт прадаўжае нарастаць у шэрагу краін, прыняўшы у некаторых мясцох пагражаючыя разьмеры) у ва Францыі 10.000 выпадкаў па Netter, у Нямеччыне па дадзеным Stern'а налічваецца каля 60.000 паркінсонікаў, у Англіі па афіцыйным зьвесткам за 1919-1923 г. г.—7941 выпадак і г. д.). Агульны рух міравога разьвіцьця эпідэміі энцэфаліту паказвае на некаторыя асаблівасьці. 1) Першапачатковае зьяўленьне у тым, ці іншым месцы спорадычных выпадкаў і толькі пасьля некаторага часу эпідэмічнае разьвіцьцё хваробы. 2) Некаторая географічная і супадаючая з гістарычнымі здарэньнямі паступовасьць разьвіцьця эпідэміі; ужо ў 1916-17 г. г. мы наглядаем разьвіцьцё эпідэміі ў Аўстраліі, куды яна была завезена з Францыі аўстрыйскімі салдатамі, якія знаходзіліся на франц. фронце. У Аўстрыю яна, як відаць, была занесена францускімі палоннымі і таксама непасрэдна разьвівалася з акупацыяй румынскай тэрыторыі узімку 1916-17 г. г., дзе эпідэмічны энцэфаліт ужо зьвіў сабе гняздо сярод румынскага насельніцтва. Далейшы рух эпідэміі разьвіваецца з аднаго боку ў дзяржавах Антанты (Англія, Італія, Амэрыка, Францыя, Японія) і іх праціўнікоў, (Аўстрыя, Нямеччына, Турцыя) а з другога боку ў тых краінах, якія імі акупаваліся (Польшча, Фінляндыя, Прыбалтыцкія вобласьці, Бельгія), альбо з якімі яны знаходзіліся ў эканамічных зносінах (Швайцарыя, Скандынаўскія краіны, Гішпанія, Партугалія, Паўднёвая Амэрыка і г. д.). 3) Эпідэмія энцэфаліту ў шэрагу мейсц ішла ўперадзі або за ёй ішла сьледам эпідэмія грыпу (Stern).

У Беларусі паасобныя спарадычныя выпадкі пападаліся, як відаць, яшчэ да 1919 г., прынамсі нам прыходзілася наглядаць за апошнія гады тры выпадкі паркінсонізму, з якіх анамнестычна высьветлілася,

што ў адным выпадку вострыя зьявішчы мелі месца, як быццам, у 1913 г., а ў 2-х другіх у 1915 г., прычым малюнак хваробы быў тыпічны для эпідэмічнага энцэфаліту.

Нашы данныя аб эпідэмічным энцэфаліце ў Беларусі, складзеныя на падставе матар'ялаў Нэрвовай клінікі БДУ і ЦСУ Беларусі, паказваюць наступнае: ўсяго па нашых данных захварэла за пэрыяд 1918-28 г. г. 873 ч. эпідэмічным энцэфалітам, з іх 792 прайшло праз Нэрвовую Клініку, 182 ч. праз стацыянар і 610 праз амбуляторыю і дыспансэр. Зразумела, што гэтыя лічбы, бязумоўна, паменшаны, бо афіцыйная рэгістрацыя эпідэмічнага энцэфаліту пачалася ЦСУ толькі з 1923 г., а праз Нэрвовую Клініку прайшла далёка ня большая частка хворых; да таго-ж ў нас адсутнічаюць дадзеныя па б. Віцебскай і Гомельскай губ., далучаных да Беларусі толькі ў 1923 г.

Табліца № 1.

Гады	Акругі								Усяго па Беларусі
	Менск	Бабруйск	Магілеў	Гомель	Віцебск	Полацк	Ворша	Мазыр	
1916. . .	1	—	—	—	—	—	—	—	1
1918. . .	4	1	1	—	—	—	—	—	6
1919. . .	9	2	—	1	—	—	—	—	12
1920. . .	28	9	1	—	—	—	—	—	38
1921. . .	17	14	—	—	—	—	—	—	31
1922. . .	40	34	2	--	—	—	2	2	80
1923. . .	69	22	—	—	3	2	2	—	98
1924. . .	70	21	3	2	6	5	26	20	153
1925. . .	66	22	32	1	21	2	4	2	150
1926. . .	78	19	23	1	1	3	2	18	145
1927. . .	75	8	14	10	1	4	19	—	132
1928 (до 1 V)	21	2	3	—	—	—	—	—	26
Усяго. .	478	155	79	14	32	16	55	42	873

Як відаць з табліцы № 1, больш усяго выпадкаў адзначаецца ў Менскай і Бабруйскай акругах, інакш кажучы ў пагранічных акругах, прычым асабліва многа выпадкаў маецца пераважна ў Менскай акрузе. Зразумела, ў значнай ступені гэта належыць аднесьці за кошт лепшага вучоту выпадкаў эпідэмічнага энцэфаліту у Менскай акр. і большай блізкасьцю да нашай клінікі, але часткова гэта ўсё-ж-ткі ідзе за кошт пагранічнага становішча Менскай акругі. Першыя выпадкі на падставе анамнэзаў нашых хворых мелі месца ў 1918 г., што супадае з момантам акупацыі б. Менскай губ. немцамі (з 22/II па 10/XII—1918 г.) і з разгарам эпідэміі грыпу ў Беларусі. Цікава правесьці наступны выпадак, паказваючы асабліва на сувязь паміж паказанымі момантамі.

Хворы Е. Б. з хутару Рудня. Барысаўскага р., Менскай акр. захварэў у ліпені 1918 г. з падвышэнай тэмпэратурай. дваеньнем у вачох, а рэзкай санлівасьцю, якая цягнулася 2 тыдні. Адначасова з ім перахварэлі грыпам усе астатнія 4 члены сям'і. У той жа самы час сярод астатніх жыхароў вёскі бушаваў грып, сярод хворых было акрамя нашага хворага яшчэ 6 чал., якія „спалі на працягу 12 сутак". Гэтая вёска была занята немцамі, якія занялі кватэры там, а таксама ў бліжэйшых вёсках. Мы хворага Б. наглядалі ўжо з тыпічнымі зьявішчамі паркінсонізму.

У 1918 і 1919 г. г. мы асабіста наглядалі 2 выпадкі, якія цяпер a posteriori належыць лічыць за выпадкі эпідэмічнага энцэфаліту. У канцы 1919 г., у час польскай акупацыі нам прышлося наглядаць таксама сярод б. пазнанскіх салдат некалькі выпадкаў з вочнарухавымі парушэньнямі, падвышэньнем тэмпэратуры і санлівасьцю пры моцных галаўных болях. Польскія дактары (з б. нямецкай арміі) у пачатку дапускалі трыхіноз, але мікраскапічныя дасьледваньні экцыдыраваных цягліц гэтага дыагнозу не падцьвердзілі. Гэтыя выпадкі да некаторай ступені як бы пацьвярждаюць, што эпідэмічны энцэфаліт пранік у Беларусь разам з акупацыйнымі вайскамі. Усё-ж у 1918-1919 г. г. наглядаліся толькі адзінкавыя выпадкі, што магчыма аднесьці за кошт абмяжованага і затрудненага перасоўваньня насельніцтва ў пэрыяд нямецкай і польскай акупацыі. Але ўжо ў 1920 годзе колькасьць выпадкаў павялічваецца больш чым у 3 разы. Калі мы параўнаем узрастаньне колькасьці выпадкаў у Беларусі з той абставінай, што ў Польшчы ў 1920 годзе па дадзеным Adamowicz'a было зарэгістравана ўжо 164 выпадкі эпідэмічнага энцэфаліту (па думцы Higier'а гэта лічба павінна быць павялічана ў 10 раз), дык нашая думка аб заносе эпідэмічнага энцэфаліту ў Беларусію акупантамі (палякі знаходзіліся ў Беларусі ад ліпеня 1919 г. да ліпеня 1920 г.) робіцца зусім магчымай. Другая палова 1920 г. і 1921 г. адзначаецца ў Беларусі вялікай эпідэміяй плямістага і зваротнага тыфусаў, дызэнтэрыі і халеры. У 1921 г. у Беларусію хлынула таксама хваля уцякачоў з Паволжжа, якія прынесьлі эпідэмію паратыфусу. Гэтыя эпідэміі, як відаць, ўсё-ж такі ня сьпынілі разьвіцьця эпідэмічнага энцэфаліту, а толькі ў цэлым шэрагу выпадкаў, як цяпер удаецца высьвятліць пад дыагнозам плямістага і асабліва зваротнага тыфусу праходзілі выпадкі эпідэмічнага энцэфаліту. Асабліва вялікае распаўсюджаньне эпідэмічны энцэфаліт набывае у канцы 1921 г. і у 1922-23 г. г. дасягнуўшы ў 1923 г. свайго максімума, а іменна 6,4 на 100.000 жыхароў. З 1924 г. ён стабілізуецца але колькасьць выпадкаў застаецца даволі высокая, як відаць з табліцы № 1—2.

Табліца № 2.

	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Колькасьць выпадкаў эпід. энцэфаліта на 100.000 жыхароў Бел.	0,46	0,9	2,6	2,2	5,6	6,4	3,9	3,7	3,5	3,1

У першыя годы свайго распаўсюджаньня эпідэмічны энцэфаліт пераважна наглядаўся ў гарадзкіх пасяленьнях Беларусі, за апошнія годы ён знаходзіць вялікае распаўсюджваньне і ў сельскіх мясцовасьцях. Пры чым асабліва належыць адзначыць, што іменна за апошнія годы захапляюцца ўсё новыя і новыя раёны, паражаюцца эпідэмічным энцэфалітам мясцовасьці, якія знаходзяцца далёка ад чыгункі і шасэйных шляхоў зносін, як Мазырскі, Клімавіцкі і інш. раёны. З агульнай колькасьці хворых, 489 выпадкаў адзначана сярод гарадзкога насельніцтва, што

складае 0,72% на тысячу насельніцтва. У сельскіх мясцовасьцях адзначана ўсяго 384 выпадкі або 0,15% на 1000 насельніцтва. Апошняя лічба хоць і не адпавядае сапраўднай колькасьці выпадкаў і павінна быць ва многа раз павялічана, тым ня менш яна характэрна, як паказальнік таго, што эпідэмічны энцэфаліт распаўсюджваецца асабліва ў зграмаджаных, як гарады, мясцох.

Гады	1918		1919		1920		1921		1922		1923	
	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.
Колькасьць выпадкаў у гарадзкіх пасяленьнях.	4	0,02	9	0,06	27	0,18	24	0.13	54	0,3	55	0,3
У сельскіх мясцовасьцях . . .	2	0,0015	3	0,003	11	0,01	7	0,007	26	0.02	43	0,033

Гады	1924		1925		1926		1927		Усяго	
	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.	абс.	на 1000 нас.
Колькасьць выпадкаў у гарадзкіх пасяленьнях . .	95	0,15	78	0,12	61	0,1	62	0,1	469	0,7
У сельскіх мясцовасьцях . . .	58	0,018	72	0.02	84	0,029	70	0,02	376	0,15

Гэты момант выяўляецца таксама і ў перавазе выпадкаў эпідэмічнага энцэфаліту сярод яўрэяў, якія з агульнай колькасьці выпадкаў складаюць 43,9%, а з агульнай колькасьці выпадкаў з гарадзкіх пасяленьнях БССР—70%. Яўрэі ў гарадзкіх пасяленьнях давалі 1,23 выпадкі эпідэмічнага энцэфаліту на 1000 гар. жыхароў яўрэяў, у тый час як беларусы ўсяго толькі 0,4 на 1000 гар. насельніцтва. Як відаць, тут апрача эндагеных момантаў, на якіх спынімся ніжэй, значную ролю ў большай колькасьці выпадкаў сярод яўрэяў адыгрывае і іх вялікая зграмаджанасьць і агульныя дрэнныя сацыяльна-гігіенічныя ўмовы іх жыцьця ў беларускіх гарадзкіх пасяленьнях.

Нашы дадзеныя паказваюць, што інтэнсыўнасьць разьвіцьця эпідэмічнага энцэфаліту ў Беларусі надзвычайна высокая і амаль аднолькава з Украінай. На Украіне за 1925-26 г. на 10.000 насельніцтва прыходзіцца 0,4 хворых эпідэмічным энцэфалітам (Гэймановіч), а ў Беларусі за 1925 г.—0,37 на 10.000. У гарадзкіх пасяленьнях Беларусі распаўсюджаньне эпідэмічнага энцэфаліта, як відаць, перавышае іншыя мясцовасьці нашага Саюзу. Магчыма, што такая колькасьць выпадкаў ня можа ня быць пастаўлена ў сувязь з асабліва дрэннымі санітарна-гігіенічнымі ўмовамі гарадоў Беларусі.

Па руху разьвіцьця і распаўсюджаньня эпідэмічнага энцэфаліту ў Беларусі можна ўстанавіць наступныя асаблівасьці:

1) занясеньне гэтай хваробы акупантамі, 2) распаўсюджаньне яе ў большай меры ў гарадох, чым у сельскіх мясцовасьцях, 3) разьвіцьцё

яе асабліва ў зграмаджаных мясцох, 4) рух эпідэміі па шляхох зносін і толькі паступовы захват ёю, далёка адлеглых ад гэтых шляхоў мясцовасьцяў.

Тая абставіна, што большасьцю аўтараў (Крантоўскі, Аствацатуроў, Кулькоў, Тарасевіч, Гэймановіч і інш.) адзначаецца павышэньне хвалі эпідэміі ў васеньне-зімнія месяцы і зьніжэньне ў летнія месяцы, паказвае таксама на ўплыў кліматычных умоў і садзейнічаньне „прастудных“ фактароў у інакуляцыі эпідэмічнага энцэфаліту.

Нашы дадзеныя, якія датычацца 353 выпадкаў з устаноўленымі тэрмінамі захворваньня, паказваюць асобны ўздым у кастрычніку і лютым-сакавіку, у той час, як значная колькасьць выпадкаў у чэрвені і ліпені месяцах была адзначана толькі ў 1924 г.

Гады	Кастрычнік	Лістапад	Сьнежань	Студзень	Люты	Сакавік	Красавік	Май	Чэрвень	Ліпень	Жнівень	Верасень
1921—1927	49	35	30	29	41	35	28	17	28	28	17	24

Уздым эпідэмічнага энцэфаліту ў асеньне-зімнія месяцы і пачатку вясны да некаторай ступені саўпадае з пад'ёмам хвалі грыпу ў гэтыя-ж месяцы ў Беларусі. Асабліва гэта мела мейсца ў 1918-19, 1920 і 1923 г. г. [1]), калі аднячасова або ўсьлед за грыпам падымалася крывая эпідэмічнага энцэфаліту. Пры параўнаньні руху абодзьвюх гэтых хвароб у БССР за апошнія 4 гады (1924—1927) [2]) па месяцам відна таксама, што падвышэньне выпадкаў грыпу дае эпідэмічнага эцэнфаліту ў тыя жа, а яшчэ і часьцей у наступныя месяцы. Аднак, не заўсёды вялікая колькасьць выпадкаў грыпу сапраўджаецца вялікай колькасьцю эпідэмічнага энцэфаліту і наадварот. Так, напрыклад, у 1924 г. было ўсяго 52.031 выпадак грыпу, а выпадкаў эпідэмічнага энцэфаліту ўстаноўлена 153. У 1926 г. было 129.817 выпадкаў грыпу і толькі 145 выпадкаў эпідэмічнага энцэфаліту. Відавочна, тут адыгрывае ролю ня толькі колькасьць выпадкаў грыпу, але і самая яго цячэньне. У 37% нашых выпадкаў нам удалося ўстанавіць непасрэдную сувязь з грыпам. У 133 выпадках з 358 грып непасрэдна папяраджаў зьявішчам энцэфаліту. Ці зьяўляецца грып пры эпідэмічным энцэфаліце комплексным вірусам па тэорыі Sahli, як гэта лічаць Тарасевіч, Gottstein, Kayser, Luger і інш., альбо актыватарам віруса эп. энц., як гэта думаюць Stern, Jaksch, Harvier, Levaditi, Забалотны і інш., пытаньне яшчэ не разьвязана. Нам здаецца ўсё-ж, што грып зьяўляецца толькі актыватарам Agent provocateur па Stern'y, але такім жа актыватарам могуць быць і іншыя інфэкцыі, хаця ў меншай ступені, так як у шэрагу нашых выпадкаў зьявішчам энцэфаліту нярэдка папярэджвалі зваротны тыфус, малярыя і г. д.

Як у дадзеных Четверыкова, Сялецкага, Тарасевіча, Кулькова, Stern'a і інш., так і ў нас колькасьць выпадкаў эпід. энц. пераважае сярод мужчын. Жанчыны складаюць 42,5%, а мужчыны—57,5%. Чым тлумачыць такое зьявішча, трудна сказаць, але магчыма, што тут некаторую ролю адыгрывае большае перасоўваньне мужчын і тое, што мужчыны больш заняты працаю і вызначанымі прафэсіямі; а што нека-

[1]) М. Хазанаў. Бобр. Мед. Изв. 1921 і 1923 г.

[2]) Лісток даведак ЦСУ, Бюлетэнь аб руху заразьлівых хвароб. і дадзеныя Нэрвовай Клінікі.

Гады	Хваробы	Студзень	Люты	Сакавік	Красавік	Май	Чэрвень	Ліпень	Жнівень	Верасень	Кастрычнік	Лістапад	Сьнежань	УСЯГО
1924	Грып . . .	6109	3641	3341	2979	2825	3029	3379	5356	5160	4939	5151	6132	52033
	Эпід. энцэф. .	6	20	13	5	2	13	12	2	14	14	15	7	143
1925	Грып . . .	8631	10558	10330	7248	6011	5901	6519	6442	7144	6769	7119	9685	92931
	Эпід. энцэф. .	2	7	7	10	4	4	6	6	5	3	5	4	63
1926	Грып . . .	8576	8177	25048	22953	10219	7668	7492	8055	7726	7736	7371	8796	129817
	Эпід. энцэф. .	6	4	9	12	6	6	3	5	1	3	3	7	65
1927	Грып . . .	9689	12834	14837	13940	13835	10269	7667	8235	7608	7813	6297	9321	122345
	Эпід. энцэф. .	6	7	4	4	14	5	7	1	3	5	5	8	69
1924—1927	Грып . . .	33005	35210	43556	47120	32890	26867	25057	27088	27638	27257	25938	34934	—
	Эпід. энцэф. .	20	38	33	31	26	28	28	14	23	45	28	27	—

торыя прафэсіі, як відаць, маюць значэньне ў эпід. энцэф. наводзіць на думку вывучэньня прафэсій хворых.

Вывучэньне прафэсій 592 хворых паказвае, што хоць сярод прадстаўнікоў усіх розных прафэсій аказаліся хворыя на эпід. энц., але некаторыя заняткі і прафэсіі даюць асабліва вялікую колькасьць хворых. Да такіх прафэсій належаць па аналёгіі з поліміэлітам такія, якія зьвязаны: а) з пыльнай працай, б) з перасоўваньнем з месца на мейсца, в) з зносінамі з многімі людзьмі і, урэшце, г) з работай у дрэнных гігіенічных умовах.

1-ая група:

шаўцы	36
краўцы	30
тэкстыльшчыкі	9
друкары і пераплётчыкі	12
мельнікі і пекары	8
будаўнікі	28
шчаціншчыкі	3
убіральшчыцы і дам. работн.	8=134

2-ая група:

разьезн. агэнты	4
чыгун. служач.	16
звозчыкі	6
кур'еры, разносьнікі	5
в.-служач	24= 55

3-ая група:

гандляры	18
прыказчыкі і служ. грам. устан.	22
настаўнікі	15
паштова-тэлегр. служач.	7
парыкмахары	8
грузчыкі і экспэдытары	6
мэд. і вэт. пэрсанал	7
рэпартэры газэт	2
фатографы, часоўшчыкі	4
вучні	39=128

4-ая група:

працаўнікі харчовай прамысловасьці	12
працаўн. мэталістыя	17
„ шклянай прамысловасьці	5= 34

Сярод гэтых груп асобы разумовай працы займаюць меншае мейсца, чым фізычна працуючыя.

Апрача гэтых груп звыш 200 выпадкаў адзначана сярод хлебаробаў, якія часткова могуць быць таксама аднесены да працаўнікоў, занятых у пылавай вытворчасьці.

Сярод хворых, якія знаходзяцца на ўтрыманьні сваіх родных, таксама аказаўся гэткі-ж падзел: І-ая група—28 чал.; ІІ-ая група—5 чал.; ІІІ-ая група—12 чал. і IV-ая—2 чал.

Такі падзел, як відаць, не выпадковы, і прымушае нас лічыць, што наяўнасьць вялізнай колькасьці выпадкаў эпід. энцэфал. сярод асоб, занятых у пыльнай вытворчасьці і сярод асоб, маючых па роду сваіх заняткаў датычнасьць з вялікай колькасьцю людзей, мае акрэсьленае эпідэміолёгічнае значэньне. Як відаць, узбудзіцель энцэфаліта таксама, як узбудзіцель поліаміэліта: а) пранікае лягчэй праз пыльлёвую вытворчасьць і б) можа перадавацца як непасрэдна ад хворых здаровым, так і праз насіцеляў віруса.

Апошняе пытаньне, асабліва ў сэнсе непасрэднай кантагіознасьці э. э., як вядома, зьяўляецца далёка ня вырашаным. Цэлы шэраг аўтараў: Аствацатуроў, Петроўскі, Лазароў, Poddio і інш. адмаўляюць кантагіознасьць э. э., аднак-жа некаторыя з іх (Аствацатуроў) самі прыводзяць выпадкі непасрэднага заражэньня. Крантоўскі, Гэймановіч Рапапорт, Stiefler, Netter, Stern, Ascoli, Bennemans, Mc Nalty і інш. прыводзяць шэраг паказаньняў аб непасрэдным заражэньні. Вялікае значэньне ў гэтым пытаньні маюць паведамленьні Андрэса аб эндэміі эпідэмічнага энцэфаліту ў аднэй вайсковай частцы г. Харкаву, Mc Nalty

аб 12 выпадках э. э. у адным пансыёне ў Дэрбі, Fyfe аб 4 выпадках у аднэй вясковай школе, Карганава аб эпідэміі ў адным з дзіцячых дамоў у Уладзівастоку і таксама выпадкі Löwe, Pearson і Sterling'a з сямейнымі заражэньнямі. Да некаторай ступені рашаючым у гэтым пытаньні зляўляюцца: праца Dopter'a, дасьледаваньні Wallgren'a, а асабліва Kling'a і Liljenquist'a ў Ляпляндыі, у прыходзе Wilhelmina, дзе ім удалося прасачыць рух разьвіцьця эпідэміі з аднаго месца ў другое і даказаць перадачу хваробы праз насіцеляў заразнага пачатку, якія заставаліся здаровымі.

Наш матар'ял даў нам магчымасьць адзначыць шэраг выпадкаў непасрэднага заражэньня аднаго члена сям'і ад другога.

У ніжэйнаступным мы прыводзім некалькі такіх выпадкаў:

1. У сям'і сял. Ш., ў маі 1926 г. захварэла дзяўчынка Л., 12 год, з скаргамі на галаўную боль, слабасьць ног, адсутнасьць апэтыту і на працягу 3-х сутак безабуджана спала. Яна паступова стала папраўляцца, калі гэткім-жа становішчам з санлівасьцю, галаўной больлю і агульнай слабасьцю захварэў яе брат Ю., 23 год. Дзяўчынка Л. праз некаторы час зноў захварэла санлівасьцю і галаўной больлю, а брат яе, як быццам, ад сваёй хваробы зусім ачуняў, толькі, са слоў лечачага яго вучастковага доктара, ён застаўся „вельмі вялым і апатычным". Трэцяй захварэла праз некалькі дзён сястра А., 20 год, з рэзкай санлівасьцю, галаўной больлю, болямі ў ніжніх канцовасьцях і дваеньнем у вачох, і ў гэтым становішчы дастаўлена ў Нэрвовую Клініку, дзе ўстаноўлен дыагноз эпідэмічны энцэфаліт.

У гэтым выпадку мы маем захворваньне энцэфалітам цэлай сям'і, пры чым хвароба захапляла паступова і непасрэдна аднаго члена сям'і за другім.

2. У сям'і хворага Л., 21 год, у 1920 г. перэхварэлі ўсе браты і сёстры недамаганьнем і санлівасьцю, у 2-х членаў сям'і з 6-ці мелася таксама дваньне ў вачох. Санлівасьць была не ў адзін час ўва ўсіх, а праз некаторы кавалак часу. Яна зьяўлялася то ў аднаго, то ў другога. Санлівасьць працягвалася месяцы $1^1/_2$. Урэшце, усе за выключэньнем Л. паправіліся, а ў яго засталіся зьявішчы эпід. энц.

3. Грам-ка В., 20 год, сялянка, захварэла ў 1926 г. эпідэмічным энцэфалітам і была накіравана ў Нэрвовую Клініку, дзе прабыла кароткі час і выпісалася дамоў. Па звароце дамоў, яна спала разам з сваёй 14-годняй сястрой А., ела з аднэй і тэй-жа пасуды і праз тыдзень захворвае апошняя санлівасьцю, дваеньнем у вачох, агульным недамаганьнем. У 1928 г. гр. А. была прынята ў стацыянар Нэрвовай Клінікі, дзе ўстаноўлена эпілептычная форма эпідэмічнага энцэфаліту.

У даным выпадку мы можам адзначыць стойкае захворваньне 2-х сясьцёр энцэфалітам і як-бы непасрэдную перадачу хваробы.

Гэткае-ж паступовае захворваньне нам прышлося адзначыць і ў наступных выпадках:

4. М., 26 год, захворвае ўлетку 1927 г. санлівасьцю і агульным недамаганьнем, дваеньнем у вачох. Праз некалькі тыдняў захворвае дзіця яго брата, у якога ён часова пражывае, эпідэмічным энцэфалітам і ад апошняга памірае.

5. І. С., 47 год, захварэў эпід. энцэф. Праз кароткі час гэтым-жа захварэла яго 12-годняя дачка.

6. П. Б. захварэла эпідэм. энцэфілатам у 1924 г. За ёю даглядаў яе сусед па кватэры Е. П., 18 год. Праз некаторы час апошні захворвае таксама тыпічным эпідэмічным энцэфалітам.

7. С. Г., 29 год, захварэў э. э. у 1924 г. Хутка пасьля таго, як памёр яго швагер ад э. э., за якім ён даглядаў у час хваробы.

8. І. Л. 21 год, захварэла эпід. энц. праз некаторы час пасьля захворваньня яе брата гэтай-жа хваробай.

9. Н. З., 55 год, захварэў у 1925 г. адначасова з сваёй жонкай з высокай тэмпэратурай, дваеньнем у вачох і агульным недамаганьнем. У гр. Н. З. засталіся зьявішчы паркінсонізма; а ў жонкі амбуляторнай форма э. э.

10. Хлопчык Т., 13 год, захворвае э. э. хутка пасьля таго, як у той-жа вёсц з захварэла другое дзіця э. э., з якім ён дружыў.

У нашых матар'ялах маецца яшчэ 12 гэткіх-жа выпадкаў, дзе пры падрабязным анамнэзе і дасьледваньні нашым дыспансэрам на даму ўдавалася ўстанавіць паступовае захворваньне энцэфалітам, або часам адначасовае захворваньне. Большай часткай у гэтых выпадках хвароба наступала хутка пасьля дагляду за хворымі знаёмымі, сваякамі і інш., захварэўшымі энцэфалітам. Нярэдка наглядалася захворваньне э. э. сярод суседзяў, жыхароў аднаго дому, вёскі. Апрача гэтых выпадкаў у

значнай колькасьці ўдалося ўстанавіць адначасовае або паступовае захворваньне іншых членаў сям'і грыпам, „тыфусам“, трасцай і г. д.

Апрача ўстанаўленьня непасрэднай кантагіознасьці ў паасобных выпадках э. э., мы лічылі асабліва важным прасачыць разьвіцьцё э. э. ў якой-небудзь мясцовасьці. Такія абсьледваньні магчымы толькі ў мясцовасьцях з рэдкім насельніцтвам і пры блізкім знаёмстве з бытам і ўмовамі жыцьця жыхароу. Мы дзеля гэтага спыніліся на высьвятленьні руху эпідэміі э. э. у горадзе Б., дзе нам прыходзілася працаваць доўгі час і дзе ўсе хворыя прайшлі праз нашыя рукі.

Першая захварэла Б. Г., дачка буйнага бакалейнага гандляра, якая многа і часта разьежджала па справах і прымала ўдзел у гандлі бацькоў. Хворая заставалася ў час хваробы на кватэры сваіх бацькоў, якая непасрэдна прылягала да крамы. У час хваробы гандаль у краме ня спыняўся, ня спыняліся таксама наведваньні знаёмых і шырокай кліентуры на даму. Праз месяц пасьля гэтага першага выпадка захварэў хлопчык Г. Г., 12 год. Бацькі гэтага хлопчыка—базарныя гандляры, якія знаходзяцца ў гандлёвых зносінах з бацькамі першай хворай. Хлопчык Г. Г. часта заходзіў таксама ў краму першай хворай падчас яе хваробы. У абодвых гэтых выпадках хвароба пачыналася зьявішчамі грыпа, „мігрэні“. Паступова далучылася санлівасьць, дваеньне ў вачох, а ў хопчыка Г. Г. харэіформеныя паторгваньня ў аднэй канцовасьці. Дзён праз 10 пасьля захворваньня хлопчыка Г. Г., адна за другой перахварэлі яго 2 сястры і брат, а хутка пасьля іх сям'я яго дзядзькі, якая пражывае ў тым-жа завулку. У іх ўсіх мелася падвышаная тэмпэратура, рэзкія галаўныя болі, дваеньне ў вачох. Усе выздаравелі без асобных вынікаў, у хлопчыка-ж засталіся стойкія зьявішчы эпід. энцэфаліту. Праз месяц пасьля захворваньня гэтай сям'і, на тэй-жа вуліцы захворвае 11-годняя дзяўчынка Ф., дачка базарай гандляркі, якая мела свой ларок побач з бацькамі хлопчыка Г. Праз тыдзень захворвае М., сусед гр-кі Ф., які пражываў побач, у доме на тым-жа дварэ. Праз 11 дзён захворвае „грыпам“ з санлівасьцю і дваеньнем у вачох кравец Л., які пражываў на тэй-жа вуліцы і знаёмы вышэйпаказаных хворых, да якіх ён і яго маці часта хадзілі. Да таго-ж часу адносіцца захворваньне гр. Ш., 18 год, а праз 2 дні яго сёстры У., 30 год, якія нярэдка бывалі ў краме гр. Г. У іх абодвых аказаўся э. э. у цяжкой форме і праз 10—15 дзён яны памёрлі. Праз 12 дзён пасьля захворваньня гэтых асоб быў дастаўлены ў больніцу з зьявішчамі э. э. іх сусед, які пражывае з імі ў адным доме. Праз месяц захворвае гр. Г, мадыстка 23 г., у якой бывае вялікая колькасьць людзей. Бывала ў яе таксама сястра першай хворай, заходзіла да іх таксама маці дзяўчынкі Ф. У гр-кі Г. аказваецца тыпічная форма эпід. энцэф. з санлівасьцю, субфебрыльнай тэмпэратурай, вочнарухавымі парушэньнямі і г. д. Хворая прахварэла каля 2-х месяцаў і на працягу гэтага часу ўсе астатнія члены сям'і перахварэлі па чарзе „грыпам“, але без выражаных зьявішчаў э. э. Праз 15—20 дзён захворвае агульным недамаганьнем, дваеньнем у вачох, аменоррэяй гр-ка К., 30 год, суседка Г., часта бываўшая ў Г. Урэшце высьветлілася, што ў К. быў э. э., які перайшоў да таго часу, калі мы яе бачылі, у паркінсонізм. Праз 5 дамоў ад гр. К. у тым-жа завулку ў гр. Т. захворвае праз месяц яго дачка таксама э. э. У працілеглым завулку захворвае праз $1^1/_2$ месяцы пасьля Т. хлопчык С. Захворвае таксама ў возьніка О. яго 18-годняя дачка. Усе гэтыя асобы блізка знаёмы адна з другой. Гр-н Т. і О. бывалі ў Г. О. бываў таксама ў кузьні на дварэ Г-н, а таксама ў сьлясарнай майстэрні Г-н. Матка хлопчыка С. бывала таксама ў мадысткі Б-н у час яе хваробы. Амаль што адначасова з імі захворвае гр-н Ц., 62 г. і гр. Г. 65 г., дзеці і жонка якіх часта сустракаліся з вышэйпаказанымі асобамі. Захворвае таксама хлопчык фотографа Р., у якога бывае шмат людзей. Праз некаторы час захворвае жонка другога фатографа Л., а праз карoткі час захорвае мэдычная сястра А., якая даглядала ў больніцы і на даму за хворымі энцэфалітам.

Гэтая эпідэмія, альбо, кажучы больш дасканала, эндэмія эпідэмічнага энцэфаліту, разьвівалася на працягу 6—8 месяцаў. Самы рух эпідэміі гэткі, што відны сьляды ад аднаго зьвяна да другога. Месца распалажэньне паасобных ачагоў надзвычайна блізкае. Усе выпадкі згрупаваны за выключэньнем 3-х амаль на 2—3 прылягаючых аднэй да другой вуліцах, прычым на кожнай вуліцы мелі месца 4—5 выпадкаў. Самі выпадкі бывалі ў дамох, якія стаялі побач. Тут-жа належыць паказаць, што большай часткай горад Б. састаіць з асобных драўляных аднапавярховых дамоў. Рух у горадзе невялікі, некалькі больш ажыўлёны рух маецца толькі на тэй вуліцы, дзе зьмяшчаецца крама бацькоў першай хворай.

Як відаць, з гэтай эпідэміі, якая ахапіла 18 выпадкаў тыпічнага э. э. і рад абартыўных форм, разьвіцьцё эпідэмічнага энцэфаліту адбывалася:

а) як непасрэдна ад аднаго хворага да другога, гэтак сама і праз здаровых асоб, якія мелі датычнасьць да хворых, або іх сваякоў, а потым занасіўшых пачатак хваробы сабе да дому, б) энцэфаліт ня ўсюды выяўляўся ў тыпічнай форме, а часта наглядаліся толькі рудымэнтарныя яго выяўленьні, в) хоць шляхі прахаджэньня э. э. у гэтай эпідэміі ўдалося прасачыць, аднак няясным застаецца пытаньне, чаму эпідэмія ня прыняла больш шырокіх разьмераў. Як відаць, у апошнім пытаньні прыходзіцца дапусьціць разам з Гейманові чам, Stern'ам. Крантоўскім. Pecori, Runge, Levaditi, Nicolau і інш., наяўнасьць яшчэ і іншых момантаў, якія прадраспалагаюць да заражэньня.

Вывучэньне нашых матар'ялаў паказвае, што ў 227 выпадках з 336 нашы хворыя да моманту захворваньня знаходзіліся ў выключна дрэнных гігіенічных умовах. Дыспансэрнае абсьледваньне на даму выявіла, што 68% хворых жывуць і жылі ў мамант захворваньня ў антысанітарных умовах. З агульнай колькасьці хворых, абсьледванай намі вышэйпаказанай эпідэміі, толькі 2 пражывалі ў спрыяючых гігіенічных абставінах, усе-ж іншыя жылі надта скучана, брудна, у вільготных, цесных і нізкіх памяшканьнях. Апрача таго большая частка выпадкаў (82%) э. э., абсьледваных на даму, аказалася пражываючай у нізка разьмешчаных вільготных тэрыторыях г. Менску, у ракі, альбо на канале Нямігі. Паміж іншым, Лазараў выявіў гэткія-ж умовы ў Кіеве, а Гейманові ч, паказваючы на распаўсюджаньне і ўпартасьць эпідэміі на Данбасе, таксама думае аб сувязі э. э. з дрэннымі гігіенічнымі ўмовамі і падглебавай вільготнасьцю.

Небязінтарэсна адзначыць, што геаграфічнае разьмяркаваньне э. э. па нашых матар'ялах таксама паказвае, што большасьць хворых пражывае ў нізкіх, вільготных мясцовасьцях Беларусі, а значна менш у высока-ляжачых, сухіх мясцовасьцях.

Калі сацыяльна-гігіенічныя фактары маюць значаньне ў распаўсюджваньні эпідэмічнага энцэфаліту, дык у індывідуальным заражэньні вірусам, як відаць, вялікую ролю адыгрываюць канстытуцыйныя эндагэнныя моманты.

Ужо вопыты Levaditi і Nicolau паказалі, што для разьвіцьця хваробы неабходна асобнае прадраспалажэньне жывёлы. Gèronne, Vilinger, Oehmig лічуць асабліва прадраспаложанай да энцэфаліту лімфатычную канстытуцыю; Löffler, Gösta, Becker лічуць нэўрапаталегічную канстытуцыю; Karvonnis— інфанцыльна-астэнічны целасклад. Мы зрабілі на нашым матар'яле ў 160 выпадках абсьледваньне канстытуцыі,— сярод іх, пераважала пікнічная канстытуцыя. Хворых з пікнічнай канстытуцыяй аказалася 50%, з астэнічнай—31%, з дыспластычнай—16%, а з атлетычнай—3%. Цікава таксама адзначыць, што на цэлым шэрагу выпадкаў мы ўпэўніліся ў зьмяненьні канстытуцыі пад уплывам хваробы. Хворыя з астэнічнай канстытуцыяй, да моманту захворваньня паступова, на працягу хранічнага становішча здароўя, набывалі пікнікападобную, а яшчэ часьцей—дыспластычную канстытуцыю. У дыспластычную канстытуцыю ператваралася і пікнічная канстытуцыя. Такія зьмены належыць, як відаць, аднесьці за кошт тых глыбокіх поліглянду лярных парушэньняў, якія маюць мейсца пры э. э. Гэткія-ж дадзеныя мы атрымалі пры нашых антрапамэтрычных дасьледваньнях. Антрапамэтрычныя паказацелі выяўляюць таксама наяўнасьць прадраспалажэньня да э. э. Сярэдні рост беларускага насельніцтва па Талько-Грынцэвічу складае 164,1 см., па Горскаму—163,9 см. Сярэдні-ж рост нашых хворых аказваецца 162,3 см. З малым ростам хворых і іх пікнічнай канстытуцыі супадае паравага акружыны грудзі над паўростам, складаючы ў сярэднім + 6,9 см.

	Узрост хворых						Цячэньне хваробы				
	15—20 г.	21—25 г.	26—30 г.	31—40 г.	41—50 г.	51—60 г.	1 год	2—3 г.	4—5 г.	6—7 г.	8 і больш год
Сярэдні рост (у сантым.).	158,6	159	163,6	161,5	159,2	158,8	166	164	158	157	157
Сярэдн. вага (у клгр.) .	56,9	65,6	65,6	68.9	68,5	66	58,5	59	61,5	68,7	72
Адносная вага на 1 мэтр росту . .	35,8	41,2	40	43,3	41,3	41,5	35,2	36	39	43,7	46

Хоць нашыя дадзеныя ня могуць прэтэндаваць на бязумоўную паказальнасьць, зьяўляючыся вынікам дасьледваньня ўсяго толькі 160 хворых, аднак яны ўсё-ж паказваюць на рад асаблівасьцяй, а іменна: 1) нявысокі рост хворых, 2) паменшаньне росту на працягу хваробы, 3) даволі высокую сярэднюю (66,2 кл.) і памяркоўную (40,7 кл.) вагу і 4) падвышэньне вагі як сярэдняй, так і памяркоўнай на працягу хваробы.

Паменшаньне росту на працягу хваробы зусім зразумела ў сувязі з павялічэньнем згінаньня цела ў хранічным пэрыядзе э. э. Падвышэньне-ж вагі абумоўлена наглядаючымся частым ажырэньнем хворых у гэтым пэрыядзе. Зьмены паказальнікаў росту, абхвату грудзі і вагі падцьвярджаюць таксама зьмены канстытуцыі пад уплывам хваробы.

Акрамя гэтых даных мы, пры вывучэньні канстытуцыйных асаблівасьцяй у 112 энцэфалітыкаў, выявілі ў 62 выпадках (55%) шэраг канстытуцыйных дэфэктаў, а іменна: кіфаскаліёз, Spina bifida, дэфармацыі ступ, нятрыманьне мачы, крыптархізм, глуханемата, фізычнае недаразьвіцьцё, неправільны целасклад, лімфатызм і г. д. У 75 з 114 аказалася вялікае прадраспалажэньне да частых захворваньняў. У 125 з 198 устаноўлена хранічная інтоксыкацыя алкаголем. Падрабязнае сямейнае абсьледваньне спадчыннасьці 75 хворых устанавілі наступнае: у 7 выпадках меліся нэрвова-душэўныя захворваньні ў абодвых бацькоў, а ў 29—у аднаго бацькі. Алкагольная спадчыннасьць выяўлена ў 18 выпадках, з іх 2 выпадкі алкагалізму абодвых бацькоў. Тубэркулёзная спадчыннасьць выяўлена ў 8 выпадках, а люэтычная ў 2-х. Сямейны аналіз устанавіў таксама наяўнасьць 5 выпадкаў алкагалізму і нэрвова-душэўных захворваньняў таксама ў дзеда і 8 выпадкаў сярод дзядзькоў і цётак. У 11 выпадках нэрвова-душэўныя хваробы адзначаны сярод іншых братоў і сясьцёр, а ў 15 выпадках адзначан сярод апошніх тубэркулёз. Гэтыя дадзеныя паказваюць на вызначана паніжаную „слабасільную“ канстытуцыю. (Minderwertigkeits Konstution) хворых энцэфалітам. Відавочна, у сілу прыраджоных і набытых уласьцівасьцяй яны аказваюцца больш прадраспаложанымі да заражэньня і захворваньня эпід. энцэф.

Ня бяз уплыву застаецца пры гэтым, як відаць, і эндакрынная сыстэма і толькі гэтым можна сабе тлумачыць, чаму хвароба часьцей за ўсё сустракаецца ў пэрыяд палавога дасьпяваньня. У нашым матар‘яле максымум захворваньняў падае на ўзрост ад 16 да 30 г., прычым у жанчын больш за ўсё выпадкаў ад 11 да 25 г., а ў мужчын ад 20 да 30 г. Значная колькасьць выпадкаў у жанчын маецца ў узросьце 11—15 г., гэта значыць у пэрыядзе пачатку месячных.

Узрост / Род	励 Колькасьць выпадкаў у процантах									
	1—5 г.	6—10 г.	11—15 г.	16—20 г.	21—25 г.	26—30 г.	31—40 г.	41—50 г.	51—60 г.	Старэй 60 год
Мужчын . . .	1,6	1,7	6	15	35	14,6	16,6	6,5	2,8	0.2
Жанчын . . .	2	2	14.6	25	22,4	9,2	12,5	6.3	4,3	2

Разам з Marinecso, Achard, Netter, Fino, Rocques і інш. мы таксама адзначаем пагоршаньне цячэньня хваробы ў сувязі з цяжарнасьцю і родамі. У шэрагу выпадкаў нам прышлося адзначыць супадзеньне пачатку захворваньня з цяжарнасьцю і родамі. У вялікай колькасьці (37) выпадкаў (14,8%) у сувязі з захворваньнем наступала расстройства месячных; у адным выпадку ў хворай К. выпадзеньне ў пачатку хваробы месячных увяло у памылку дактароў у адносіне цяжарнасьці. Ва многіх (10,2%) выпадках намі выяўлены таксама зьмены шчыткавай залозы ў сэнсе яе павялічэньня ў пачатковых і паступовых стадыях захворваньня. Палавое бясьсільле ў 23 выпадках (7%)—усё гэта паказвае ня толькі на захворваньне эндокрыннага апарату э. э., але і на тое, што, як відаць, больш слабая функцыя апошняга прадраспалагае да захворваньня э. э. Гэта падцьвярджаецца як-бы і тым, што пры абсьледваньні 400 хворых з іншымі захворваньнямі нэрвовай сыстэмы толькі ў 4,75% устаноўлена павялічэньне шчыткавай залозы, іншыя парушэньні эндокрыннага апарату аказаліся таксама ўва многа раз ніжэй, чым у энцэфалітыкаў. Нашы дадзеныя аказваюцца таксама значна іншымі пры э. э. у адносіне процантаў павялічэньня шчыткавай залозы, чым данныя Лапідуса аб зобе ў Беларусі сярод здаровых. У энцэфалітыкаў павялічэньне шчыткавай залозы складае 10,2%, па Лапідусу-ж зоб у дарослых здаровых жыхароў Беларусі складае 7%.

Роля індывідуальнага прадпраспалажэньня, як бачым, даволі значная ў нашых выпадках. Гэта адзначаецца таксама і іншымі аўтарамі (Stern, Маргуліс, Villinger і інш.) пры вывучэньні э. э. Адгэтуль можна зрабіць вывад, што на э. э. захворваюць пераважна асобы з вызначанымі канстытуцыйнымі асаблівасьцямі.

Гэтыя эндогенна-канстытуцыйныя фактары выяўляюцца, аднак, пры наяўнасьці шэрагу экзогенных момантаў. Наш матар'ял паказвае, што захворваньню э. э. непасрэдна папярэджвалі наступныя моманты:

Грып	у 32	проц.
Ангіна	„ 8	„
Малярыя	„ 4,8	„
Цяжарнасьць і роды . . .	„ 5,9	„
Траўмы і кантузыі	„ 9	„
Цяжкія душэўныя страсеньні	„ 13	„
Зваротны тыфус	„ 3,8	„

Як відаць, у патагонэзе э. э. важным этыолёгічным момантам зьяўляецца агульнае становішча арганізму, пры чым галоўным фактарам зьяўляецца інфэкцыя: грып, малярыя, ангіна, зваротны тыфус і інш. Не малое значэньне мае і становішча эндакрыннай сыстэмы.

Захворваньне э. э. у час цяжарнасьці і ў сувязі з родамі або хутка за імі складае сярод выпадкаў у жанчын—12%. У некаторых выпадках хворых, захварэўшых пасьля радоў, прыходзілася будзіць для

кармленьня груднога дзіцяці. У шэрагу выпадкаў хваробе папяраджала: пнэйманія, востры складаны рэўматызм, у адным выпадку хвароба пачалась пасьля атруты опіем. Усё гэта паказвае, што ўсякія інфэкцыйна-таксычныя і аўтаінтаксыкацыйныя працэсы, аслабляючы арганізм, робяць яго ўспрыймальным да вірусу энцэфаліту, асабліва пры наяўнасьці яшчэ адпаведнага канстытуцыйнага прадраспалажэньня. Ува многіх выпадках захвораваньне наступала пасьля сна на сырой зямлі, пасьля таго, як хворыя прамёрзьлі і г. д. Нямалае значаньне, як відаць з нашага матар'ялу, маюць траўмы і кантузыі ў патогэнэзе э. э. (9%). Прычым у шэрагу выпадкаў траўмы і кантузыі не саправаждаліся павярховымі пашкоджаньнямі.

Хворы Б. зваліўся з даху, страціў прытомнасьць на 2 гадз. і потым пачаў засыпаць і разьвіліся сымптомы э. э., якія саправаждаліся субфэбрыльнай тэмпэратурай. У сучасны момант хворы прадстаўляе сабой тыпічнага паркінсоніка. Хворы Т. захварэў пасьля рэзкага ўшыба нагі ваганэткай. Хворыя Ф. і Б. захварэлі пасьля раненьня ў нагу; хворы А. пасьля раненьня ў храсты. Шэраг хворых пасьля кантузыі.

Ува многіх выпадках захвораваньню папярэджалі ізьбіеньні бандытамі, у польскай турме і г. д. Такім чынам, толькі ў нямногіх выпадках траўма саправаждалася стратай прытомнасьці і страсеньнем мозгаў, а траўма зьяўлялася толькі момантам, які аслабляе агульную адпорнасьць арганізму, але ня прычынай, вызваўшай самае захвораваньне. З момантаў, непасрэдна, папярэджваючых захвораваньне, прыходзіцца асабліва адзначыць цяжкае душэўнае страсеньне. Гэта адзначана таксама Гэймановічам, Маргулісам, Кролем і інш. Магчыма, што зьмены вегетацыўнай сыстэмы, выклікаемыя душэўнымі страсеньнямі, асабліва дапамагаюць унядрэньню віруса э. э., паколькі апошні пераважна паражае вегетацыўную нэрвовую сыстэму. У цэлым шэрагу выпадкаў захвораваньне непасрэдна папераджалі цяжкія перажываньні ў сувязі са сьмерцю бацькоў, дзяцей, мужа, у сувязі з нападамі бандытаў, з арыштам, з спалохам ад выстралу, з скарачэньнем па службе і г. д. У адным выпадку хворы М. захварэў э. э. пасьля таго, як на яго напалі бандыты і ён перабег голы ў зімнюю пару некалькі вёст. У другім выпадку хворая палітэмігрантка Ш. захварэла пасьля таго, як яе прыставілі да расстрэлу. Гр. М. захварэў э. э. пасьля таго, як праваліўся зімой у сажалку разам з санямі. Мы можам прывесьці яшчэ шэраг аналёгічных выпадкаў, і ўсе яны паказваюць, што значэньне псыхічных фактараў у этыолёгіі э. э. даволі значнае. Магчыма, што тут адыгрывае сваю ролю, як мяркуе Маргуліс, спазма сасудаў, якая выклікаецца псых. траўмамі. Нельга таксама не згадзіцца з Vogt'ам і Маргулісам, што „псыхічнае становішча мозгаў у час інфэкцыі мае значэньне; рэакцыя мозгавай тканіны на хвароба-творны агэнт розная ў спакоі або пры ўзмоцненай функцыі мозгаў". І сапраўды, у значнай колькасьці выпадкаў нам прышлося адзначыць пачатак захвораваньня ў сувязі з вялікай і цяжкай разумовай перагружанасьцю і пэратамленьнем.

Да сымптоматолёгіі вострых формаў.

Пераходзячы да сымптоматолёгіі выпадкаў э. э., якія намі наглядаліся, мы павінны разам з Кролем, Геймановічам і інш. аўтарамі падкрэсьліць усю паліморфнасьць і рознахарактарнасьць гэтых сымптомаў, абумоўленых як рознастойнасьцю цячэньня хваробы, так і рознай локалізацыяй працэсу пры розных формах э. э. Аднак некаторыя сымптомы аказаліся нават пры розных формах і злучэньнях даволі сталымі, асабліва ў першапачатковых стадыях. Да іх належыць аднесьці так

званыя грыпоідныя зьявішчы. У 49% нашага матар'ялу былі адзначаны ў прадрамальным пэрыядзе катаральныя зьявішчы з боку верхніх дыхальных шляхоў: ангіны, назафарынгіты, пачырваненьне павек, рыніты, набуханьне падсківіцных залоз і г. д. Гэткія-ж зьявішчы наглядаліся і ў астатніх выпадках, толькі ў менш выражанай форме. Побач з імі ў 49,8% выпадкаў адзначана высокая тэмпэратура, у 32% субфэбрыльная, а ў 17,2%—нармальная. Характэрнай крывой тэмпэратуры мы не наглядалі, што і зразумела, паколькі пры э. э. мы можам мець паражэньне і тэрморэгуляцыі.

У шэрагу выпадкаў, як гэта ўжо падкрэсьлена М. Б. Кролем, наглядалася скажэньне рытму сна. Хворыя спалі днём, а ўначы не маглі засыпаць. Толькі ў 14% усіх вострых выпадкаў не адзначалася ніякіх парушэньняў сна, замест іх меліся рэзкія галаўныя болі, болі і парэстэзіі з рознай лакалізацыяй. Парушэньне сна пры э. э. зьяўляецца сымптомам ачаговага паражэньня, які, як вядома, лёкалізуецца Economo ў вобласьці пераходу ад мяжутачнага да сярэдняга мозгу, прычым ён адрозьнівае там рэгулюючы цэнтр чуйнасьці ў пярэдняй частцы, і цэнтр сна ў задняй частцы. Trömmer, Spiegel лічаць цэнтрам сна Thalam optic, Stern, ня высказываючыся акрэсьлена за існаваньне ўстаноўленага цэнтру сна, лічыць расстройства сна зьявішчам ачаговага паражэньня, мабыць больш дыфузнага характару. Гэтымі ачаговымі паражэньнямі тлумачацца і гэтак частыя зьявішчы пры э. э. паражэньні вочнаруховых нэрваў. У нашых вострых выпадках апошнія зьявіліся наступнымі па частаце сымптомамі пасьля парушэньня сна. У цэлым шэрагу выпадкаў (66%) наглядаліся птоз, дыплепія, парэз паасобных вочарухавых цягліц, некалькі радзей былі зьмены з боку зрэнкаў. Часта ў пачатку вострага пэрыяду наглядалася анізакарыя, толькі пазьней наступіла Pupillenträgheit у выглядзе дрэннай рэакцыі на сьвятло, конвергэнцыю і аккомодацыю, нярэдка наглядаўся сказ жоны Argyll—Robertson. Некалькі часьцей чым расстройства аўтаматычн. і рэфлекторных рухаў, наглядалася парушэньне ассоцыятыўных рухаў: парэз канвергэнцыі, спазма канвергэнцыі, Stellvag, фэномен Zylberlast—Zand. У 4 выпадках мелася поўная афтальмаплегія. Наступнымі найбольш частымі сымпромамі ў вострых выпадках зьяўляюцца галаўныя болі, якія наглядаліся амаль ў 95% усіх нашых вострых выпадкаў. Гэтыя галаўныя болі безварункова паказваюць на зацікаўлеўнасьць абалонак, на гэта паказваюць таксама наглядаўшыяся ў 22% ваніты ў першапачатковым перыядзе. У 5 выпадках з 69 вострых выпадкаў былі рэзкія нэўральгічныя болі ў вобласьці n. trigemini. Вельмі частымі сымптомамі былі расстройства мачаспуску і месячных. Калі ўсе гэтыя вышэйпаказаныя сымптомы аказваліся кардынальнымі для ўсіх амаль вострых выпадкаў, дык ўсё-ж-ткі цэлы шэраг выпадкаў праходзіў даволі разнастойна і мы павінны падзяліць іх на асобныя формы. Мы можам адзначыць наступныя клін. формы у вострым пэрыядзе: клясычны летаргічны сындром Economo гіпэркінэтычны (хорэатычна-атэгаідна-міакланічны), офтальмоплёгічны, вэсьцібулярны, пэрыфэрычна-нэўрытычны, таламічны, энцэфалэміэлітычны, псыхопатычны і бульбопонтынны. *Клясычны летаргічны сымптомокомплекс*, які наглядаўся асабліва часта ў першыя гады эпідэміі, за апошні час уступае сваё мейсца сымптомоплексу, які характарызуецца больш зьявішчамі бяссонніцы або скажэньнямі сна, чым падвышанай санлівасьцю. Усё-ж у астатніх клінічных выяўленьнях абодвы гэтыя формы: форма з рэзкай гіперсамніяй і з асомніяй нават саўпадаюць. Можа быць было-б дзеля гэтага больш правідлова называць ўвесь гэты *сындром дыспгіпнічным*, чым летаргічным. Пры гэтай форме характэрнымі сымп-

томамі бываюць апрача расстройства сну, паралюш вочаруховых цягліц нават ува ўсіх выпадках, падвышэньне тэмпэратуры, вегетацыўныя парушэньні іногды паражэньні іншых чэрапнамазгавых нэрваў, часьцей ўсяго тваравага нэрву (22%). У 5 выпадках адзначан neuritis n. n. optic. у адным выпадку рэтрабульбарны нэўрыт. ці n. Trigemini, расстройства жаваньня мы ў нашых выпадках у вострым перыядзе не наглядалі. Ува ўсіх хворых адзначаліся амімія, замаруджанасьць рушэньняў, гіпертанія, адсутнасьць садружаственных рушэньняў. У цэлым шэрагу выпадкаў адзначаліся зьявішчы адышкі і сэрцабіеньня. У 66 выпадках ужо ў вострым перыядзе было адзначана сьлінацеча, а ўзмацнёнае потааддзяленьне ў 12. У некаторых хворых адзначалася дрыжаньне канцавін або галавы. У 2 выпадках намі наглядаліся скурныя гемаррагічныя высыпкі, падобныя да высыпна-тыфусных. Хворыя гэтыя і былі прыняты доктарамі за высыпнатыфусных, а ў далейшым цячэньні хваробы аказаліся хворымі анцэфалітам. Тэмпэратура ў большасьці выпадкаў аказвалася нязначна падвышанай, хоць ў асобных выпадках яна выяўляла і высокі ўздым да 41°, характэрнай крывой тэмпэратуры нам устанавіць не ўдалося. У шэрагу выпадкаў намі наглядалася замаруджаньне пульсу, часам да 50 у 1'. Наогул трэба лічыць характарным для вострага пэрыяду энцэфаліту неадпаведнасьць пульса з тэмпэратурай у першыя дні хваробы ў відзе яго замядленьня, і ўчашчэньне яго ў канцы вострага пэрыяду. Большасьць наглядаўшыхся намі вострых выпадкаў адносіцца да сымптомокомплексу Economo значна менш было з *гіперкінэтычнымі зьявішчамі*. Сярод апошніх мелася 121 з *хорэічным сіндромам*, прычым у 4 апошніх хорэатычныя паторгваньні ня былі гэнералізаванымі, а прадстаўлялі геміхарэатычны тып. Такія-ж хорэічныя сымптомы былі апісаны пры Enceраlitis Геймановічам, Маргулісам, Stertz Sicard, Kudelsky, Stern і інш. Побач з хорэітычнымі сударгамі мала адрозьніваючыміся ад звычайнай харэі, у нашых выпадках меліся расстройствы з боку вочаруховых нэрваў, дыплепія, санлівасьць, гіпамімія, аднагучны, часам бязгукавы голас. Нярэдка хворыя скардзіліся на болі. Ніякіх зьмен з боку сярдэчна-судзінай сыстэмы не наглядалася. У большасьці выпадкаў тонус цягліц аказваўся зьніжанным, а сухажыльныя рэфлексы аслабленымі або нават зусім адсутнічалі. Як паказана, у некаторых выпадках хорэічныя сударгі захаплялі толькі адну палову цела, а часам толькі адну канцавіну. Пры хадзе і пры актыўных рушаньнях узмацняецца сударга. У 2 выпадках наглядаліся дэлірозныя зьявішчы, брэд па начох. Асаблівага інтарэсу заслугоўвае *міокленічны сымптомокомплекс,* наглядаўшыйся намі ў 5 вострых выпадках. Гэтыя формы ўпяршыню апісаныя Cruchet і Sicard а потым Umber як chorea electrica пры э. э., як вядома, адрозьніваецца ад хорэоформенных сударг сваімі кленічнымі, штурхаабразнымі, бязладнымі, арытмічнымі сударгамі з рознай шыбкасьцю і частатай. Побач з міоклонічнымі сударгамі ў нашых хворых мелася бяссоніца, зьмяненьне псыхікі, вочарухавыя расстройствы, востры пачатак хваробы з падвышэньнем тэмпэратуры. Сударгі часта зьяўляліся і ў сьне, сударгі захаплялі то адну, то другую групу цягліц і выклікалі рэзкія болі ў хворых.

Гр-ка Б., 17 г., захварэла востра падвышэньнем тэмпэратуры, бяссоніцай і дваеньнем у вачох. Праз некалькі дзён зьявіліся сударгі ў канцавінах, яе падбрасывала ў ложку, рэзка зьмянілася псыхіка, наступіла расстройства мочаспуску. Пры дасьледваньні яе ў клініцы аказалася: вялая рэакцыя на аккомадацыю і канвэргэнцыю, амімічны твар, аднагучны, ціхі голас, сьлінацеча. Дэбільнасьць. Прыступы сударгі частыя. У выцягнутым ляжачым становішчы, у час штурхаабразных кароткіх пэрыядычных сударг, галава паварачваецца ў правы бок, рукі згінаюцпа ў лакцявых суставах, галава закідваецца

назад, усё цела izьвіваецца колам, ногі некалькі ўздымаюцца, зьгінаюцца ў каленных суставах, вялікія пальцы ног экстэндыруюцца, дыханьне робіцца перарывістым. Сударгі захопліваюць твар, шыю, язык, цягліцы вачэй. Пры мэтавых рухах сударгі ўзмацняюцца. Прыступы розны па хуткасьці, часты як у сідзячым, так і ў ляжачым палажэньні. Пры пасыўных рухах у час інтэрвалаў паміж прыступамі, тонус паніжаны. Каардынацыя парушана. Сухажыльныя рэфлексы падвышаны, Romberg станоўчы. Часам эпілептыформенныя прыпадкі.

Такія-ж зьявішчы наглядаліся намі і ў рэшце выпадкаў з міоклінічнымі сымптомамі. Лекалізацыю хорэатычнага сіндрому пры э. э. прыймаюць у Corpus striatum. Пры гэтым выпадае тармазяшчы ўплыў Striati па pallidum (C. і O. Vogt, Ikob, Кроль) пры адначасовым паражэньні thal. optici і ножак мажжачка (Stern). Міоклёнічны сіндром абумоўлены дыфузным энцафаліта-міэлітычным працэсам з паражэньнем стрыо-рубро-сьпінальнай сыстэмы (Маргуліс), або па другім аўтарам, паражэньнем n. dentati мазжачка.

У вострым перыядзе нам пападалася мала выпадкаў з *атэтаідными* рушэньнямі, усё-ж на некаторых з іх цікава спыніцца.

1. Хлопчык Р- захварэў у 1922 г. раптоўна за стратай прытомнасьці і падвышэньнем тэмпэратуры. У прытомнасьць ён прышоў хутка, але зьявіліся рэзкія галоўныя болі, дваеньне ў вачох, санлівасьць. Пры дасьледваньні: двухбаковы птоз, парэз канвергэнцыі, вялая рэакцыя на аккомодацыю. Адчынены рот. Скованасьць, сьлінацеча. Амімія. Аднагучная размова. Праз тыдзень пасьля пачатку захворваньня мімавольныя, насільныя, атэтоідныя рушэньні ў кісьцях рук, а потым у левай ніжняц канцавіне. Гэтыя рушэньні працягваліся ўвесь востры пэрыяд.

2. Т. 37 г. Захварэў 20-VIII-27 г. востра з падвышэньнем тэмпэратуры, рэзкай санлівасьцю, дыплепіяй і галаўнымі болямі. Ужо ў першыя дні хваробы зьявілася дрыжаньне ў левай руцэ. Пры дасьледваньні: двухбаковы птоз, анізокорыя, вялая рэакцыя на сьвятло і канвергэнцыю. Ністагм. Маларухавы твар. Скаванасьць цягліц. У левай руце пры спакоі буйныя дрыжацельныя рушаньні характара згінаньня і разгінаньня кісьці, пры фіксацыі кісьці рушэньня прывядзеньня і адвядзеньня вялікага пальца. Пры павольным рушэньні дрыжаньне памяншаецца. Трэмор даволі інтэнсыўны.

Такіх выпадкаў намі наглядалася 6 у вострым перыядзе. Да ліку гіпэркінэзаў належыць аднесьці і выпадкі з насільственными рушэньнямі ў асобных групах цягліц, так званыя *тыкі*. Гэткіх выпадкаў наглядалася намі значная колькасьць. У 3 выпадках мы наглядалі ізаляваны атэтоз шыйных цягліц у выглядзе Torticollis, ужо de Quervain, Curschmann, а асабліва Förster, Lewandowsky і іншыя паказвалі, што Torticolli's зьяўляецца сымптомам блізкім да атэтозу, а Stern, Förster і іншыя наглядалі Torticolliis spast пры э. э.

У нашых выпадках побач з спастычным скарачэньнем цягліц аднэй паловы шыі меліся ў анамнэзе дадзеныя аб падвышэньні тэмпэратуры, дваеньні ў вачох, санлівасьці або бяссоніцы, а пры аб'ектыўным дасьледваньні — парушэньня вочаруховых нэрваў, маскаваты твар, часам сьлінацеча і г. д.

Як ужо было паказана вышэй, у 4 выпадках мелася поўная *офтальмоплёгія*. Гэтая офтальмоплёгічная форма э. э. складаецца з цэлага шэрагу сымптомаў, апрача паралюша вочаруховых нэрваў маецца яшчэ маскаваты твар, аднагучная размова, паніжэньне вастраты зроку, носавая фанацыя голасу, насільственыя рушэньні і парушэньні сна.

1. Хворы З, 30 год, паступіў у клініку 11-II—27 г. са скаргой на дваеньне і агульную слабасьць, падвышэньня тэмпэратуры ён не адзначае ў час захворваньня і да яго. Пры дасьледваньні: твар амімічны, некалькі сальны, агульная маларухамасьць Noptic—N; III, IV і VI пары чарапных нэрваў: зрэнкі вузкія, правільнай формы. Двухбаковы птоз. Рушэньні вочных яблык магчымы толькі ўніз ва ўсе іншыя напрамкі немагчыма. Рэакцыя на сьвятло вялая. Парэтычнасьць n. facial' з паніжэньнем фарадыч электрараздразьлівасьці. Размова аднагучная. Рушэньні замаруджаны, скаваны. Wa R. адмоўна ў крыві і вадкасьі. З боку дадатковых поласьцей ніякіх зьмен.

2. Хворая Д., 25 г. захварэла падвышэньнем тэмпэратуры, санлівасьцю і немагчымасьцю рухаць вочнымі яблыкамі. Пры дасьледваньні: прытомнасьць ясная. Поле зроку канцэнтрычна звужана. Птоз абедзьвых павек. Зрэнкі шырокія, анізокорыя, рэакцыя на

сьвятло добрая. Рушэньні вочнык яблык ва ўсе бакі немагчыма дзеля парэза вочных цягліц. Зморшчваньне лобу недастатковае. Спастычнасьць m. orbicul culid. Пры вышчырваньні зубоў левы кут роту адстае. Амімія, сальны твар, аднагучная размова, носавая фанацыя голасу. Пры пасыўных рушэньнях нарастаньне тонусу ў праксымальных аддзелах. Часам міоклёнічныя сударгі пальцаў рук. Беднасьць рушэньняў.

Гэты сіндром, які паказвае на паражэньне дна III і IV жалудачка ў верхн. аддз. маста, чатырахолміі і стрыарнай сыстэмы, зьяўляецца ня надта рэдкім у вострым пэрыядзе э. э. і адрозьніваецца ад рэшты яго сіндромаў іменна пераважным паражэньнем вочаруховых нэрваў.

Вэстыбулярны сіндром быў падрабязна апісан Barre і Reys'ам, Маргулісам і Е. А. Федаравай. Ва ўсіх выпадках вэстыбулярнага сіндрому э. э., адней з галоўных скаргаў хворых зьяўлялася голавакружэньне. Часам мелася парушэньне роўнавагі. Ністагм у большасьці выпадкаў наглядаўся у хворых, але ў рознай ступені, а пры штучным яго выклікаьні наглядаліся тыя ці іншыя адхіленьні ад нормы, што паказвае на паражэньне ўзбудзімасьці вэстыбулярнага апарату. Апрача вэстыбулярных парушэньняў у большасьці выпадкаў меліся парэз канвергэнцыі, дыплёпія, парушэньне чытаньня, бяссоніца, хуткая стамляемасьць, лёгкая атаксыя, нуднасьць, раздражняльнасьць, іногды гіпомімія. Вэстыбулярная форма э. э. адрозьніваецца ад астатніх форм сваім амбуляторным працягам бяз асаблівых прыметных вострых зьявішч, але і без рэзкіх хістаньняў.

Лёкалізацыю працэсу пры вэстыбулярнай форме э. э., як паказвае Е. А. Федарава, належыць шукаць ня ў пэрыфэрычным апараце, а ў цэнтр. вэстыбулярных шляхох і ў сувязі іх з іншымі сыстэмамі і ядрамі ў мазгох.

Колькасьць выпадкаў вэстыбулярнага сіндрому значна большая, чым можна сабе прадставіць. Сярод нашых выпадкаў адзначана 29.

Зусім выключнай увагі заслугоўвае так зв. *таламічная форма.* Ужо з пачатку эпідэміі нам прыходзілася наглядаць шэраг выпадкаў з рэзкімі жорсткімі болямі ў вобласьці ўнутраных органаў, прычым многія з іх не распазнаваліся сваечасова, а трактаваліся лечачымі дактарамі, як апэндыцыты, халецыстыты, ырачныя колікі і г. д. З 12 наглядаўшыхся выпадкаў, 4 былі зроблены апэрацыі з прычыны западазроных ацэндыцытаў, халецысцытаў і г. д. і, зразумела, без усялякага эфэкту. Праф. Кроль паведамляе аб адным выпадку, дзе тры разы была зроблена лапаратамія ў адшуканьні апэндыцыту, халецысцыту, язвы 12 перстнай кішкі і, нарэшце, быў устаноўлены дыагноз эпідэмічнага энцэфаліту. Гэтыя болі наступалі прыступамі і хворыя часам ад болі не знаходзілі сабе месца. Калі болі займалі цэнтральнае мейсца ў малюнку хваробы, дык пры старанным анамнэзе і дасьледваньні ўдавалася выявіць востры пачатак, падвышэньне тэмпэратуры, дыплёпіі, парушэньня вочнаруховых нэрваў, парушэньня сна і г. д. Паведамім каротка некалькі гісторый хваробаў:

1. Г. К. 22 год, селянін захварэў у кастрычніку 1926 г. раптоўна на працы болямі, у ніжняй частцы жывата. З акруговай бальніцы ён быў дастаўлен у Нэрвовую клініку. Пры дасьледваньні устаноўлена: левабаковы птоз, анізокорыя, парэз n. n, abduc. Гіпэстэзыя па ўсёй правай палове твару на ўсе віды, адсутнасьць смаку на пярэдніх 2/3 языка. Зьніжэньне каньюнктывальнага рэфлексу с правага боку. Парэз правага facialis. Аслабленьні глытачнага рэфлекса з правага боку. Насавая фанацыя голасу. Паніжэньне ўсіх відаў чуласьці на правай палове цела. Рэфлексы сухажыльляў на верхніх канцавінах і левы каленны рэфлекс адсутнічаюць, правы каленны рэфлекс рэзка паніжан. Сьпіць многа. хваравітасьць пры дакраненьні да жывата, аб'ектыўна-ж ніякіх зьмен. Гэтыя болі, гіпэстэзія і парушэньне рэфлексаў прадаўжаліся ўвесь час. WaR—адмоўная.

2. М. С., 23 гады, кур'ерша, захварэла раптоўна рэзкімі болямі у правым падрэбер'і, ламаньнем у суставах і падвышэньнем тэмпэратуры З дыагнозам холецысцыт яна праляжала некалькі дзён ў больніцы і потым, у сувязі з неспыняючыміся прыступамі боляй,

была пераведзена ў тэрапэўтычную клініку, адкуль з прычыны частых прыпадкаў бяспрычыннага сьмеху і плачу і страты прытомнасьці, была накіравана ў Нэрвовую клініку Пры дасьледваньні і апытаньні хворай высьвятляецца, што адначасова з болямі ў жываце і падвышэньнем тэмпэратуры ў хворай адзначалася бяссоніца і дваеньне ў вачох. Аб'ектыўна: нязначнае тэмпаральнае звужэньне поля зроку. Анізокорыя, вялая рэакцыя на сьвятло. Парушэньне ўсіх відаў чуласьці ў выглядзе гіпэралгэзіі па ўсяму целу. Адсутнасьць каленных і Ахілавых рэфлексаў. Унутраныя органы без адхіленьняў ад нормы. Павышаная эмоцыянальнасьць WaR—адмоўная ў крыві і вадкасьці. Прыпадкі сьмеху і плачу частыя без усялякіх прычын; у час прыпадку—поўная страта тонусу ўва ўсіх суставах. У іншы-ж час тонус нармальны. У час прабываньня ў клініцы пазявілася дрыжаньне ў руцэ і падвышэная сьлінацеча, тэмпэратура ўвесь час субфэбрыльная, прыпадкі сталі радзей, рэфлексы і чуласьць бяз зьмен, скаргі на жорсткую боль у правай палове жывата і галавы тыя-ж самыя.

3. Е. Р., 24 г. работніца, захварэла рэзкімі болямі ў левай палове жывата, агульнай слабасьцю, санлівасьцю, патлівасьцю і галаўнымі болямі. З прычыны болі ў жываце ёй была зроблена апэндэктомія, але болі ня спыніліся і пасьля апэрацыі, з прычыны чаго яна была накіравана ў Нэрвовую клініку. Пры дасьледваньні выяўлена: птоз з правага боку Strabismus divergens. Ністагм. Слабасьць правага facialis'a, маскаваты твар. Нявялікае дрыженьне кісьцей рук, якое ўзмацняецца пры мэтавых рушэньнях. Пры хадзе адсутнасьць садружаственых рушэньняў левай рукі. Гэпэральгэзыя, і гіпэрэстэзія, пачынаючы ад жывата да ступней. Паніжэньне сухажыльных рэфлексаў на верхніх канцавінах і адсутнасьць іх на віжніх канцавінах.

Усе гэтыя выпадкі характарызуюцца парушэньнем чуласьці, рэзкім вісьцеральнымі болямі, паніжэньнем або адсутнасьцю рэфлексаў, пры адначасовым паражэньні вочнаруховых нэрваў у той ці іншай ступені і парушэньнем сна. У шэрагу іншых выпадкаў нам прыходзілася адзначыць ня толькі пачатак хваробы болямі ў жываце, але і ў іншых часьцях цела: хрыбетніку, у нагах, у руках, у двух выпадках меўся толькі рэзкі сьверб у адным—далоні, у другім—лапатцы. Гэтыя болі, ня маючы каранковага альбо сэгмэнтарнага характару пры адсутнасьці болевых пунктоў і сэгмантарных або радыкулярных парушэньняў чуласьці, ня могуць быць прызнаны за прымету перыфэрычнага паражэньня, а разам з Howel, Кролем, Stern, Маргулісам і інш. мы павінны іх прызнаць „цэнтральнымі болямі“ (Stern) з локалізацыяй паражэньня ў зрокавым бугры, пры гэтым ня выключаецца магчымасьці і адначасовага паражэньня і сьпінных мазгоў (Tinnel, Schaffer). Адсутнасьць сухажыльных рэфлексаў або паніжэньне іх апісана многімі аўтарамі (Stern, Naef, Scharnke, Steward і інш.) пры э. э. і асабліва гэта характэрна, як мы паказвалі, пры хорэічных і міяклёнічных формах. Steward даказаў, што адсутнасьць рэфлексаў выклікана падвышаным даўленьнем вадкасьці ў гэтых выпадках, акрамя гэтага, тут магчымы і інтэнсыўныя працэсы ў вобласьці абалонак, карашкоў і сьпінных мазгоў. Naef і Economo нават гаварылі аб псэўда-табічнай форме э. э. Stern правільна паказвае, што пры э. э. паталога-анатомічна мы ў гэтых выпадках маем зусім іншыя зьмены. Прыпадкі насільственнага сьмеху і плачу, наглядаўшыяся ў выпадку № 2, тлумачацца паражэньнем шляхаў thalami (Кроль, Minganzini). Як вядома, па схеме Angela у thalamuis'e знаходзіцца мімічны цэнтр facialis'a. Да гэтага цэнтру ідуць аффэрынтныя шляхі з патылічных, вісочных і лобных доляй. Апрача гэтага існуе яшчэ непасрэдная сувязь паміж цэнтрам facialis'a у пярэдніх цэнтральных зьвілінах з бульбарнымі ядрамі т. зв. кортыкальна-бульбарны шлях. Angela лічыць, што існуе яшчэ Rolando—таламічны шлях, рэгулюючы функцыі мімічных рушэньняў. Пры паражэньні псыха-таламічнага шляху і талама-палідарнай рэфлектыўнай дугі, асабліва часты зьявішчы насільственнага сьмеху. Праф. Кроль лічыць, што гіпомімія энцэфалітыкаў не заўсёды абумоўлена толькі паражэньнем стрыарнай сыстэмы, але таксама і паражэньнем зрокавага бугру, які нясе функцыі аффэрэнтнай сыстэмы рэфлектыўнай дугі для аўтаматычных рэакцый эмоцыйнага характару.

Пэрыфэрычная форма э. э. стала наглядацца, як гэта адзначылі Bériel і Scharncke, часьцей за апошнія гады. Мы мелі магчымасьць наглядаць, як цэлы шэраг выпадкаў пэрыфэрычных паражэньняў тваравага нэрву, таксама і паражэньні паасобных спляценьняў і многіх нэрваў, так і з паражэньнем пярэдніх рагоў. Ва ўсіх гэтых выпадках мы, пабач з поліміэлітычнымі або нэўрытычнымі зьявішчамі, мелі яшчэ сымптомы э. э. у відзе парушэньняў сна, вочнаруховых зьмен, падвышэньня тэмпэратуры і г. д. Агульна-інфэкцыйныя зьявішчы, як гэта падкрэсьлівае Маргуліс, пры гэтай форме значна менш выражаны, чым пры іншых формах.

Прывядзем некалькі выпадкаў з розным пэрыфэрычным паражэньнем:

1. Ш. Б., 17 г. захварэла раптоўна на боль галавы, падвышэньне тэмпэратуры, рэзкай санлівасьцю і скрыўленьнем роту. Пры дасьледваньні ў клініцы аб'ектыўна ўстаноўлена наступнае: з боку ўнутраных органаў ніякіх адхіленьняў няма. Чэрапныя нэрвы: анізокорыя, дрэнная рэакцыя на конвэргэнцыю і аккомодацыю. Пэрыфэрычны паралюш левага тваравога нэрву. Ністагм. Слух нармальны. З боку вуха ніякіх адхіленьняў. Рэдкае міваньне. Размова аднагучная. Пры хадзе—адсутнасьць садружаственных рушэньняў. Трэмор рук. Твар маларухавы, сальны. Хворая сьпіць многа, тэмпэратура субфэбрыльная WaR адмоўная ў крыві і вадкасьці. Пасьля месячнага прабываньня ў клініцы хворая выпісалася, значна паправіўшыся: паралюш facial восстаноўлен; амімія, Stellwag, анaізокорыя, скаваннасьць засталіся.

Гэты выпадак характарызуецца агульнымі зьявішчамі э. э. пры пэрыфэрычным паралюшы тваравога нэрва.

2. К. В., 20 год, сялянка, захварэла балямі ў правай верхняй канцаваны, галаўнымі балямі і дваеньнем. Пры дасьледваньні знойдзена: анізакарыя, вялая рэакцыя на конвергэнцыю і сьвятло. Актыўныя і пасыўныя рушэньні правага пляча і прадплечча захаваны поўнасьцю. У кісьці актыўныя рушэньні захаваны, але грубая сіла зьніжана, атрафія міжкостных прамежкаў, усі віды чуласьці зьніжаны ў правым мізінцы, безымяным пальцы і па лакцявому адзелу кісьці і прадплечча. Рэфлексы з biceps'а зьніжаны на абодзьвюх верхніх канцавінах рэфлексы з triceps'а, а таксама Ахілавы адсутнічаюць. У час знаходжаньня хворай у клініцы тэмпэратура ўвесь час субфэбрыльная, скаргі на галаўны боль, іногды ваніты. Пасеў крыві стэрыльны. WaR адмоўн. у крыві, вадкасьці. Рэнтген шыйных хрыбеткоў і кісьцей бяз зьмены. Пасьля 6-цітыднёвага знаходжаньня ў клініцы, хворая выпісаліся з палепшаньнем, чуласьць вастанавілася, асталася слабасьць толькі ў цягліцах правага мізінцу і адсутнасьць Ахілавых рэфлексаў.

3. К. А. 20 г., сялянка, захварэла санлівасьцю, дваеньнем і болямі ў правай вехней канцовасьці. Аб'ектыўна: амімія, аднагучная размова, анізокорыя, слабасьць левага ніжняга facialis'а, парэз канвергенцыі. Атрафія цягліц правай верхняй канцавіны і зьніжэньне балявой чуласьці. Пры хадзе адсутнасьць садружных рушэньняў.

У гэтых 2-х выпадках мы маем побач з агульна-энцэфалітнымі сымптомамі таксама зьявішчы паражэньня карашкоў і спляценьняў з парушэньнем рушэньняў, чуласьці і трофікі, так што прыходзіцца разам з Маргулісам, Lilinstein'ам і інш. меркаваць пэрыфэрычную фіксацыю энцэфалітнага віруса.

4. А. К., 20 г., селянін, захварэў санлівасьцю, дваеньнем у вачох, падвышэньнем тэмпэратуры, сьвярдлячымі болямі ў правай ніжняй канцавіне. Аб'ектыўна: слабасьць левага facial дыплемія пры ўзроку ўлева. Парэз канвэргенцыі. Дрэнная рэакцыя на канвергенцыю. Гіпоммімія, атрафія правых верхняй і ніжняй канцавіны. Аслабленьне грубой сілы справа. Правая ступня адвісае. Фасцыкулярнае патоpгваньне цягліц справа, чуласьць не парушана. Сухажыльныя рэфлексы на верхніх канцавінах нармальны. Каленныя і Ахілавыя рэфлексы справа адсутнічаюць. Брушныя рэфлексы справа зьніжаны, электразбудзьлівасьць без асобных зьмен.

Даны выпадак па свайму клінічнаму малюнку напамінае поліоміэліт, аднак наяўнасьць безварункавых энцэфалітычных сымптомаў паказвае, што поліоміэліт, які разьвіўся ў нашага хворага абумоўлен энцэфалітычным вірусам. Колькасьць пэрыфэрычных паражэньняў энцэфалітам сярод нашых выпадкаў вялікая, прычым 6 з іх мы наглядалі ў вострым альбо ў падвострым становішчы. Блізкімі да гэтай формы зьяўляюцца і *гэрпэтычныя формы*, на якіх застановімся некалькі ніжэй.

Побач з гэткімі пэрыфэрычнымі сіндромамі мы наглядалі сярод вострых выпадкаў некаторую колькасьць (6) з *энцэфалітна-міэлітыч-*

нымі зьявішчамі. Адначасова з наяўнасьцю парушэньня сна, вочнаруховымі зьменамі, субфэбрыальнай тэмпэратурай і г. д. меліся спастычныя паралюшы, альбо парэзы канцавін, паталегічныя рэфлексы, падвышаныя сухажыльныя рэфлексы, клонус і парушэньня мочаспуску і г. д. У адрозьнь ад звычайных інфэкцыйных міэлітаў мы разам з Маргулісам павінны адзначыць пільную рэгрэсыю зьявішч пры міэлітах э. э. характару, хаця некаторая спастычная парэтычнасьць у большасьці з іх ўсё-ж застаецца. Нярэдка ў вострым пэрыядзе адначасова з зьявішчамі паражэньня галоўных і сьпінных мазгоў наглядаліся таксама зьявішчы паражэньня мазгавых абалонак.

Калі і ў вострых стадыях сіндрома Economo, як мы вышэй паказвалі, сустракаюцца парушэньня дыханьня і сярдэчнай дзейнасьці, дык асаблівы сымптомокомплекс гэтых зьявішч мы сустракалі пры *пантынна-бульбарным сіндроме э. э.* Гэткіх выпадкаў у нас было 2. Пры гэтым адзначалася, што ўсьлед за разьвіваючайся санлівасьцю наступалі цяжкія парушэньня дыханьня ў выглядзе Cheyne Stokesa, парушэньні глытаньня, серцабіцьцё, ваніты, прылучалася ікота, насавая фанацыя голасу, дызартрыя, парушэньне рухавай сфэры ў выглядзе парэзу і зьмен чуласьці. У адным выпадку мелася атрафія языка, рэфлексы былі жывыя, фанамен Babinski у абодвых выпадках. Каардынацыя парушана.

У 18 вострых выпадках пераважалі зьявішчы *псыхічнага парушэньня.* У адным выпадку хвароба наступала большай часткай раптоўна, у 5 з іх хворыя ўпадалі ў самлеласьць, коматознае становішча, пасля чаго наступала поўная зблытаннасьць, брэд, іногда і руховыя ўзбужжэньні і хворыя нярэдка пападаюць ў псыхіатрычную бальніцу. Адначасова з псыхічным парушэньнем у хворых адзначаліся і іншыя зьявішчы э. э.: сымптомы з боку вачнарухавых нэрваў, парушэньне сна, гіпамімія і г. д. У шэрагу выпадкаў першапачатковае псыхузбуджэньне праз некалькі дзён зьмянялася апатыяй і наадварот. У большасьці нашых выпадкаў у далейшым цячэньні хваробы наступала палепшаньне псыхікі і выяўляліся эпід. сымптмомы. У іншых выпадках псыхатычныя зьявішчы наступалі ў разгары або ў канцы вострага пэрыяду. Наогул-жа належыць адрозьніваць 2 формы: *амэнтную і дэлірозную.*

Апрача пералічаных вострых праяў э. э., мы яшчэ наглядалі наступныя рознастайнасьці э. э. а іменна: эпідэм. ікату і лішай (гэрпэс).

Эпідэмічная ікота была апісана яшчэ ў 1920 годзе Staehelin у Базэлі. У тый-жа час Singultus epiid быў адзначан у Парыжы Dufour, Lhermitte, нагладалася яна і Economo у Вене, Umber'om, у Берліне, Pontano, у Рыме, Belkowsky, у Польшчы і інш., а ў 1923 г. апісана эпідэмічная ікота Арановічам у Ленінградзе. У час разгару эпідэміі ў Беларусі і нам прыходзілася адзначыць ў 1921-22 г. значная колькасьць выпадкаў бесьперапыннай ікаты. Вялікая эпідэмія была адзначана асабліва ў мяст. Г. Некалькі выпадкаў пападаліся нам і ў наступныя годы, пры чым у адным выпадку ікота наглядалася ў аднаго з сваякоў (у маткі) хворага э. э. у час вострага пэрыяду хваробы. У асабных выпадках, якія знаходзіліся пад нашым нагляданьнем, мы побач з бяспрычыннай і бесьперапыннай ікотай, якая амаль што не паддавалася медыцынск. лячэньню, выяўлялі яшчэ і некаторыя адхіленьні з боку вочнаруховых нэрваў, падвышэньне тэмпэратуры, бяссоніца, паторгваньне ў цягліцах канцавін, шыі, жывата, твару. У другіх ікота папераджала разьвіцьцю эпідэмычнага энцэфаліту, у некаторых выпадках ікота паяўлялася праз некалькі дзён пасьля пачатку вострага пэрыяду э. э. У адрозьнь ад істэрычнай ікоты даволі частай сярод насель-

ніцтва Беларусі, эпід. ікота пачыналася без усялякіх надворных для гэтага повадаў і не падавалася ні гіпнозу, ні лекавым сродкам. Апрача ікоты, як паказана, у шэрагу выпадкаў меліся яшчэ і сымптомы э. э. Прывядзем наступны выпадак эпід. ікоты.

Ф. Б., захварэў раптоўна ўвечары ікотай, якая прадаўжалася бесьперапынна амаль што 10 дзен. Ніякія лекавыя сродкі не памагалі. Адначасова ў хворага наступіла бяссонніца, было невялікае падвышэньне тэмпэратуры. Пасьля спыненьня ікоты паявілася галавакружэньне, боль і дваеньне ў вачох, падвышаная патлівасьць. Пры дасьледваньні выяўлена: некалькі амімічны твар, слабасьць конвергенцыі, слабасьць прав. faciali'sa, дыплёпія пры дасьледваньні з чырвоным шклом.Ністагм. Анізокорыя. Рэакцыя зрэнкаў N, Stellwag. Пры хадзе рукамі не размахвае. У далейшым цячэньні хваробы бяссоніца зьмяніліся санлівасьцю. Засталася галаўная боль, амімія і зьявішчы вестыбулярнага сымптомакомплексу э. э.

У даным выпадку няма сумненьня, што ікота была толькі адным з сымптомаў э. э. і гэткімі-ж належыць лічыць і іншыя выпадкі эпідэмічнай ікаты. Трэба толькі прызнаць некалькі нязвычайную фіксацыю віруса або большае пераважаньне зьявішчаў з боку n. phrenici. У шэрагу дасьледваньняў выяўлены ў гэтых выпадках зьмены ў вобласьці прадаўгаватых мазгоў і ў шыйнай частцы сьпінных мазгоў, ў вобласьці ядар nphrenic. Самую ікоту належыць разглядаць у гэтых выпадках як зьявішча міоклёніі цягліц, якія звужаюць галасавую шчыліну і дыяфрагму. За міоклонічны характар ікоты гаворыць таксама тое, што ва многіх выпадках эпід. ікоты намі і іншымі аўтарамі наглядаліся таксама міоклонічныя паторгваньні ў другіх цягліцах, а таксама тое, што і пры міоклонічным сіндроме э. э. часта наглядаецца ікота.

Заслугоўваюць увагі ўзаемаадносіны вострага эпід. энцэфаліту і Herpes simplex Stern ня лічыць віруса Herpes'a і Encephalit. ідэнтычнымі і выклікаемыя імі мазгавыя зьявішчы аднолькавага парадку. Усё-ж даныя клінікі і вопыты Levaditi, Doerr і інш. прымушаюць нас ня толькі лічыць Herpes і Enc. epid. ідэнтычнымі, але гэтак-жа сама як ікоту мы павінны разглядваць Herpes толькі як сымптомы Enc. epid., які паказвае на тое, што вірус энцэфаліту абраў месцам сваёй фіксацыі ня толькі мазгавую тканіну, але ў першую чаргу скуру. Што мы павінны іменна так разглядваць Herpes упэўнілі нас нашы выпадкі. Усяго мы наглядалі 7 выпадкаў.

1. Р. З., 25 г. сялянка, ідучы пехатой з сваёй вёскі ў горад, раптам па дарозе пачула сільную галаўную боль, рэзкую санлівасьць, так што засыпала на хаду, зьявіўся зуд і высыпала пузырчатая высып на насу. Хворая не магла дайсьці да гораду і была накіравана сельсаветам у Нэрвовую клініку. Аб'ектыўна выяўлена ў клініцы наступнае: рэзка выражаны Herpes nasalis на левай ноздры. Слабасьць левага facial. Птоз. Вочнае дно—норма. Лёгкая рыгіднасьць шыйных цягліц. Слабы Kernig справа. Хворая ўвесь час сьпіць. Тэмпэратура 37,3°—36°, субфэбрыльная. Сьпінна-мазгавая вадкасьць выцякае кроплямі, ціск не падвышаны. Вадкасьць празрыстая, плеоцытоз 32/3, Nonne—Appelt лёгкая опалесцэнцыя. Пасеў стэрыльны WaR у крыві і вадкасьці адмоўны. Хворая прабыла ў клініцы 7 тыдняў, на працягу якіх яна многа спала. Nerpes трымаўся доўгі час. Менінгеальныя зьявішчы хутка згінулі, засталіся толькі гіпамімія і санлівасьць.

У даным выпадку Herpes зьяўляўся адным з першапачатковых сымптомаў э. э., якім захварэла хворая, пры чым гэты энцэфаліт быў яшчэ ўскладнены невялікім запаленьнем мазгавых абалонак.

2. Ц. Б., 70 г. захварэла рэзкімі болямі вострага характару ў правым баку і бязсоньніцай. Адначасова з гэтым зьявіўся насмарк і гэрпэтычная высыпка ў вобласьці правага паха і к заду. Тэмпэратура субфэбрыльна 37—37,2, Мача—N. З боку унутраных органаў асобных адхіленьняў няма. Зрэнкі вузкія, вялая рэакцыя на сьвятло і конвэргэнцыю. Болевых пунктаў па ходу n. ischiad няма, Lassegue abs. Чуласьць нармальная. Пэрыостальныя рэфлексы з верхнік канцавін ня выклікаюцца. Скаргі на галаўныя болі і бяссонніцу. Высыпка праз 10 дзён засохла, бязсоньніца засталася.

Мы ня можам лічыць у даным выпадку гэты Herpes за звычайны Herpes Zoster так, як зьявішчаў з боку пэрыфэрычных нэрваў мы ня мелі, а наяўнасьць болі, бяссоньніцы, вялай зрэнкавай рэакцыі даюць

нам падставу лічыць гэты выпадак выяўленьнем абартыйнай формы эпід. энцэфаліту

3. Д. Т., 40 г. сталяр, захварэў рэзкай бяссоньніцай, галаўнымі болямі, падвышэньнем тэмпэратуры Herpes на губах, дрыжаньнем рукі і сківіцы. Гэта становішча цягнулася 2 тыдні, пасьля чаго хворы паправіўся і нават прыступіў да сваёй працы. Праз некаторы час узмацнілася дрыжаньне, зьявілася сьлінацеча, галавакружэньне. Аб‘ектыўна: амімія, аднагучная размова Stellwag. Анізокорыя, вялая рэакцыя зрэнкаў, агульная скаванасьць. Трэмор рук і ног, ход без сіняргіі, скаваны, замаруджаны. Сьлінацеча. Падвышаная патлівасьць. WaR адмоўны ў крыві і вадкасьці.

Гэты выпадак толькі пацьвярджае нашую думку аб адносінах паміж Herpes‘ам і э. э. Пачаўшыся ў першапачатковым пэрыядзе, Herpes‘ам мы бачым ў далейшым—разьвіцьцё звычайнага малюнку паркінсонізму, такога характэрнага для э. э. Належыць ўсё-ж падкрэсьліць, што ва ўсіх астатніх выпадках э. э. мы гэрпэса ў вострым пэрыядзе не наглядалі.

Канчаючы апісаньне наглядаўшыхся намі вострых выпадкаў э. э., мы павінны адзначыць, што ў 9 выпадках вострыя зьявішчы наступілі інсульта-вобразна, з поўнай стратай прытомнасьці, нярэдка на самай працы, сярод поўнага здароўя. У 28 выпадках ніякіх наогул зьявішч хворымі не адзначалася, а ў 32 выпадках хвароба разьвівалася паступова. У шэрагу выпадкаў адзначаўся ў вострым пэрыядзе які-небудзь моносымптом: толькі зуд у далоні, у лапатцы, нятрыманьне мачы, бясьперапынная пазявота, толькі галаўныя болі.

Некаторы інтарэс прадстаўляе працяжнасьць вострага пэрыяду. Нашы матарялы па цячэньню звыш 600 выпадкаў паказваюць, што сярэдняя доўгасьць $1^1/_2$—2 месяцы (32%), прычым у жанчын сярэдняя доўгасьць некалькі вышэй чым у мужчын, колькасьць выпадкаў з доўгасьцю ад 2 да 6 месяцаў больш чым сярод мужчын.

Доўгасьць		у мужчын	у жанчын	ў аб. палоў
Доўгасьць	да 1 тыдню	10%	6%	9%
"	ад 1 да 2 "	19 "	12 "	15 "
"	" 2 " 3 "	15 "	10 "	13 "
"	" 3 " 4 "	14 "	20 "	17 "
"	" 1 " 2 мес.	32 "	33 "	32 "
"	" 2 " 3 "	8 "	12 "	9 "
"	" 3 " 4 "	1 "	2.3 %	2 "
"	" 4 " 6 "	1 "	4,7 "	3 "

Гэта паказвае, што жанчыны больш цяжка пераносяць э. э. і, як убачым ніжэй, сярод іх больш наглядаецца і цяжкіх хранічных форм э. э. Гэта зьявішча, як відаць, залежыць ад большай лябільнасьці іх эндакрыннай сыстэмы, на што мы ўжо вышэй паказвалі.

(Канец у наступным нумары),

НАГЛЯДАНЬНІ З ПРАКТЫКІ І СПРАВАЗДАЧЫ.

З Слуцкага Вэндыспансэру.

Назіраньне над дзеяньнем Аўтогэмотэрапіі пры гнайнічковых скурных працэсах.

С. Ляндэ.

Ня гледзячы на вялікую літаратуру па пытаньні аб Аўтогэмотэрапіі, з яе ўсё-ж нельга зрабіць канчатковага вываду ні аб яе сутнасьці, ні тым болей аб яе тэрапэўтычнай каштоўнасьці. Аб А. існуюць самыя разнастойныя думкі, пачынаючы з самых станоўчых водзываў адных, канчаючы скептычнымі заўвагамі другіх, якія адкідаюць зусім гэты мэтад, ня бачуць ў ім нават і дапамагаючага сродку. Як крайнасьці прывяду думкі прафэсара Nicolas; ён прыводзіць 120 выпадкаў лячэньня А. фурункулёзу і піядэрміі і васхваляецца бліскучымі вынікамі, горача раючы гэты спосаб усім. Linhordt прыводзіць 300 выпадкаў самых разнастайных працэсаў (гнойныя флегманозныя працэсы, опухлі лімфатычных залоз, гнойныя цыстыты) і прыходзіць да пераканаьня, што для ўсіх гэтых працэсаў зусім дастаткова амаль ня 3—4 ін'экцыі для поўнага выздараўленьня. Некаторыя настолькі захапіліся гэтым мэтодам, што сталі прымяняць яго пры гуммозных сіфілідах (Külles Гроздоў) і нават пры дыябеце (Фрыдман). Праўда, апошнія аўтары прыходзяць да мала ўцешных вывадаў. З другога боку цэлы шэраг аўтараў, прымяняючы А. пры самых разнастайных захворваньнях (няўдзяржымая рвота, озэна, ганаройныя эпідыміты, падагрычны дыэтэз і інш.) ставяць яе значна ніжэй пратэінатэрапіі, а д-р Тарсуяў заяўляе, што ён зусім ня бачыў ад А. ніякіх вынікаў.

Вось такая разнастойная ацэнка яшчэ больш прыцягвае нашу ўвагу да гэтага арыгінальнага мэтаду, тым болей, што яго прастата (як тэхніка, так і адсутнасьць якое-б та ня было прыкметнае рэакцыі мясцовай і агульнай) дае нам магчымасьць прасачыць за дзеяньнем А. на большым матар'яле і пры амбуляторнай абстаноўцы.

Што датычыцца тэарытычных абаснаваньняў А., то я ня буду прыводзіць шматлікія прадугледжаньні і разважаньні, якія, зразумела, мала нас здавальняюць, а прывяду толькі думку Падвысоцкай, Нядрыгайлава і Поляка, да якое далучаецца і Златагораў і якая наогул падкрэсьліваецца цяпер многімі. У А. гэтыя аўтары бачаць саўмяшчэньне аўтасэратэрапіі і аўтавакцынатэрапіі, бо ў крыві знаходзяцца і антыген і антытэла, іначай кажучы сываратка прадстаўляе сабою аўтавакцыну па тыпу сэнсібілізаванае вакцыны Бязрэдка. Толькі так і ацэньвае уласна кроў, як высока каштоўны сэрум Губэр і Гібнер. Потым неабходна прыняць пад увагу, што пратэін крыві, выходзячы з сасуда ў шпрыц зварочваецца ў „чужародны" для арганізму бялок, што зьяўляецца ўжо чыста пратэінатэрапіяй, праўда некалькі паслабленай; сапраўды мы ня маем тут тае бурнае рэакцыі, якую мы часта маем пасьля ўвядзеньня чужародных бялкоў. Апроч прыведзеных вышэй момантаў некаторыя аўтары прыдаюць яшчэ вялікае значэньне ўвядзеньню парэнтэральна эрытрацытаў, бо пры гэтым адбываецца

працэс эрытрофагіі, які састаіць ва ўнутрыклетачнай пераапрацоўцы атручаных эрытрацытаў, вынікам чаго зьяўляецца ўзмоцненая выпрацоўка антыцел; калі-ж працэс эрытрофагііназіраецца не заўсёды з аднолькавай інтэнсыўнасьцю, то яны тлумачаць гэта тым, што ступень „атручнасьці“ эрытрацытаў таксама значна хістаецца (Нядрыгайлаў). Некаторыя-ж аўтары ролі эрытрофагіі зусім ня прыдаюць значэньня і карыстаюцца толькі сываратка крыві (Dold, Schäffer, Thenkoff). На справе аднак гэта не апраўдалася і штодзённыя назіраньні над аўтасэратэрапіяй даказалі, што апошняя значна слабей А.

Ня гледзячы на здавалася-б правільныя тэарытычныя абаснаваньні А., на практыцы яны аднак-жа ня ўсюды сябе апраўдалі, часткова трэба думаць, адбылося гэта таму, што А. пачало прымяняцца амаль ня пры ўсіх паталагічных працэсах. Адгэтуль тая разнагалосіца ў ацэнцы; адгэтуль такія крайнасьці ад станоўчых отзываў да поўнага адкіданьня гэтага мэтаду.

Наш матар'ял абхватвае 204 выпадкі выключна гнайнічковых скурных працэсаў:

1) Impetigo vulgaris—12
2) Ektyma vulgaris—72
3) Furukulosis—85
4) Hydradenitis—18
5) Folliculitis capitis—12
6) Sycosis vulgaris— 5
7) Стрептококцыя—10

Ва ўсіх нашых выпадках перш за ўсё неабходна адзначыць, за надзвычайна рэдкім выключэньнем (3 выпадкі невялікага падняцьця тэмпэратуры) поўную адсутнасьць як агульнай, так і мясцовай рэакцыі. Выключна, на што скардзіліся хворыя, гэта на адчуваньне цяжкасьці ў той руцэ, дзе вытваралася ін'экцыя (для таго, каб зьбегнуць неспадручнай працэдуры ўпрысківаньня ў ягадзіцу, мы ўпрысківалі пад скуру прадплечча тае-ж рукі, з якое бралася кроў недалёка ад мейсца ўкола вены). Кроў бралася, пачынаючы з 5-ці кубікаў, паступова, павялічваючы да 15-ці. Упырскваньне ўтваралася праз дзень. Ужо назаўтра (а ў некаторых выпадках праз некалькі гадзін) пасьля першае ін'экцыі большасьць хворых адзначалі зьмяншэньне хваравітасьці на мейсцы працэсу. Успаляючыя інфільтраты ўжо на другі дзень станавіліся значна мягчэй, настолькі, што гэта кідалася ў вочы і па большай частцы на 3-ці дзень адбываўся прарыў гною, а ў выпадках больш глыбокіх выходзіў увесь стрыжань. Ва многіх выпадках пасьля 3-х—4-х ін'экцыяў дасягалася выздараўленьне. Высыпаныя ў часе лячэньня новыя фокусы па меры дзеяньня А. станавіліся малаколькаснымі і нават тыя, якія высыпалі, ніколі не дасягалі бальшых разьмераў і ня ўскрыўшыся скора разыходзіліся. Апошняе праходзіла настолькі рэзка, што нават самі хворыя гэта адзначалі. На жаль, такі станоўчы тэрапэўтычны эфэкт назіраўся намі не ва ўсіх прыведзеных выпадках. У гэтых адносінах на першае мейсца належыць паставіць Impetigo et Ektyma. Гэтыя 2 групы найлепш за ўсё рэагавалі на А. як суб'ектыўна, так і ў асаблівасьці аб'ектыўна. Дастаткова было 2-х, а ў некаторых выпадках нават аднае ін'экцыі, як усе хваравітыя зьявішчы праходзілі, корачкі заметна хутка падсыхалі, адпадалі і на 5-ы ці 6-ы дзень хворы зьяўляўся без відавочных зьявішч. На другім мейсцы належыць паставіць гідрадэніты—апошнія таксама добра рэагіравалі на А. 4—5. ін'экцыяў было цалкам дастаткова для зьнішчэньня працэсу, але калі пры першых 2-х захворваньнях мы не маглі канчаткова адзначыць рэцэдываў, то тут на 18 выпадкаў мы мелі 2 рэцэдыва праз 6 месяцаў пасьля відавочнага выздараўленьня, прычым адзін з гэтых хворых ужо з самага пачатку зьявіўся па поваду прыватных

рэцэдываў хваробы; ён адзначае, што апошні рэцэдыў сказаўся больш мягкім і трымаўся усяго каля 10-ці дзён—звычайна каля 4-х тыдняў. На трэцяе мейсца належыць паставіць больш многалікую групу—фурункулёз. Гэта група вельмі разнастойна рэагавала на А. Перш за ўсё тут належыць падкрэсьліць некаторую законамернасьць, якая выявілася: чым больш высыпка, тым лягчэй і лепей працэс паддаваўся тэрапіі. Так адзінакавыя фурункулы вельмі туга, а падчас і зусім не рэагавалі на лячэньне, а шырокі, захапіўшы амаль палову цела фурункулёз найлепей паддаўся лячэньню. І пасьля 4-х ін'экцыяў мы мелі загнойваньне ўсіх быўшых ачагоў і ні аднае новае высыпкі, а пасьля 6-ае ін'экцыі поўнае выздараўленьне. Далейшыя назіраньні паказалі нам, што лакалізацыя працэсаў таксама адыгрывае некаторую ролю ў посьпехах лячэньня, асабліва ў сэнсе працяжнасьці: фурункулёз цела ўсяго лягчэй паддаваўся лячэньню, а фурункулы патыліцы зацягвалі лячэньне да 10-ці ін'экцыяў, фурункулы твару, а ў асаблівасьці губ, яшчэ больш упарта не паддаваліся лячэньню. Гэта таксама адзначае praf. Kappis у Гановеры; з прыведзенай ім табліцы вынікаў параўнаўчае ацэнкі лячэньня фурункулёзу звычайным хірургічным шляхам і шляхам А. відаць, што А. у многа разоў перавышае іншыя спосабы лячэньня, але ў адносінах фурункулёза губ—яна каштоўнага эфекту не дала. Што датычыцца рэцэдыву, то фурункулёз даў нам найбольшую колькасьць іх. Процант апошніх хістаньняў паміж 15—18. Зусім не рэагавалі на лячэньне 8 хворых, з іх 5 з аднальковымі фурункуламі, 2 з фурункуламі патыліцы, 1 з фурункулам губы.

Зусім асобнае мейсца па свайму тэрапэўтычнаму эфекту займае ў нас фалікуліт воласнае часткі галавы і вульгарны сікоз. Усе 17 выпадкаў, хоць і паддаліся лячэньню, але патрабавалі вельмі вялікае настойлівасьці і ўпарства. У большасьці выпадкаў прыходзілася прарабляць да 12 ін'экцыяў, прычым большая палова іх праз паўтара, два месяцы зноў зьяўлялася рэцэдывамі. Прароблены паўторна курс ін'экцыяў у 8-мі выпадках аказаліся дастатковымі, а ў 6-ці прышлося прарабіць 3-ці курс ін'экцыяў. Паўтараць з такою настойлівасьцю ін'экцыі заставіў мяне наступны выпадак:

Хворы Андрукоўскі—32 год, па прафэсіі бухгальтар, хварэў сікозам з 1916 г., лячыўся досыць доўга ў амбуляторыях Кіева і Менску, але бескарысна, у 1925 г. ў хворага быў устаноўлены залацісты стафілакот. Была падрыхтавана аўтавакцына, але і лячэньне астатняю не дало эфекту. Прароблена яму А. дало найлепшы вынік: ужо пасьля 6-ае ін'экцыі гнайнікі сталі заметна падсыхаць і інфільтраты значна пабялелі, зьменшыліся, а пасьля 10-ці ін'экцыяў хворы зьявіўся да нас зусім без гнайнічкоў. Праз паўтара месяцы ён зьявіўся з рацыдывам. Паўторны курс ін'экцыі ў колькасьці 10 зноў даў зьнікненьне працэсу і вось ужо 1½ гады хворы пад нагляданьнем, рэцэдываў няма.

Хоць адначасова ўсім хворым правадзілася і мяйсцовая тэрапія у выглядзе змазваньня паражоных мейсц 5% мазьзю з белае асадачнай ртуці, а таксама прамываньне перакісьсю вадарода, тым ня менш тэрапэўтычны эфект трэба усё-ж аднесьці за кошт А. Гэта сьцьвярджае кантрольныя 10 хворых фурункулёзам, якія былі падвергнуты толькі гэтай мяйсцовай тэрапіі.

Такім чынам, падводзячы вынікі назіраньню на нашым матар'яле, абхопліваючым звыш 200 выпадкаў, можна прысьці да вываду, што пры гнайнічковых скурных працэсах А. зьяўляецца найлепшым тэрапэўтычным сродкам, прэвасходзячым усе мэтады лячэньня, якія меліся да гэтага часу і значна скарочвалі тэрмін лячэньня. Гэтыя вывады цалкам саўпадаюць з вывадамі praf. Kapiss'а ў Гановэры, які заканчвае сваю

работу наступнымі словамі: „У канцы канцоў для доктара, які практыкуецца, ня так важна ўнутраняя прычына яе (А.) такога карыснага дзеяньня. Для яго самае важнае заключаецца ў тым, што А. пры лячэньні фурункулёзу знаходзіцца па сярэдзіне паміж консэрватыўным і радыкальным мэтадам. Яе каштоўнае і магутнае дзеяньне падмацоўвае нашу думку, што гэты мэтад павінен быць горача рэкамэндаваны для шырокага прымяненьня“.

1) Сараджев В. Г. 1926 г., стр. 661.
2) Смирнова О. Л. Вр. Дело 1927 г. № 13.
3) Торсуев Р. В. Д. 1926 г., стр. 144.
4) Nicolas I. D. et. 1926 г. № 4.
5) Kappis Tnerd. Geg. 28 г., стр. 20.
6) Dold B. Kl. Woch. 1917 г. № 40.
7) Недригайлов Вр. Г. 1922 г. № 4.
8) Подвысоцкая Вр. Г. 1923 г. № 6.
9) Поляк Вр. Дело 1925 г. № 10.
10) Linhard В. Г. 1926 г. № 4 (Рец.).
11) Фридман Р. В. Д. 1926 г., стр. 778.
12) Гроздов там-же.
13) Külles Kl. Voch. 1925 г. № 36.
14) Thenkoff D. m. W. 1924 г. № 50.
15) Калинин В. Г. 1926 г. № 4.
16) Блюменау В. Г. 1926 г. № 10.

Выезд на працу ў Асьвейскі раён акруговага акуліста Полацкае акругі.

В. Бурбо.

Згодна прапаноў НКАЗ, акруговых зьездаў вучастковых дактароў, а таксама і па ўласнаму жаданьню, восеньню мінулага году мне ўдалося выехаць на працу па сваёй спэцыяльнасьці ў Асьвейскі раён. Гэтаму дапамог Асьвейскі Раённы Выканаўчы Камітэт, які адпусьціў для гэтага 100 рублёў, і вучастковы доктар Бардычан, які прадаставіў некалькі ложак для апэрацыйных выпадкаў і сам прыймаў вялікі ўдзел у ва ўсёй маёй працы. Асьвейскі раён знаходзіцца на мяжы з Латвіяй, у 100 кілёмэтраў ад г. Полацку. Насельніцтва раёну надта беднае, (у 1926 г. у 46%, а ў 1927 г. 35% аслабанялася ад с.-г. падатку), хатняе абсталяваньне беднае сялянскае сям'і: стол, лаўка, нары, пад імі бульба. У хаце дамашняя жывёла. Але трэба адзначыць, што гэткіх хат застаецца зусім мала.

Праца за 5 тыдняў (27/IX—3/XI) выразілася ў наступных лічбах: прынята хворых 2174, з іх першаразных 964, агледжана 2 школы (249 вучняў), 3 вёскі (245 асоб). На вёсцы агляд было рабіць надта трудна, насельніцтва працавала на палях і вёска „Стрэлкі“ агледжана ў час працы насельніцтва ў полі і на агародах.

У беларускай школе (сямігодка) знойдзена 6,9% хворых на трахому, а ў яўрэйскай 2,6%. Сярод вясковага насельніцтва вялікі % хворых на трахому дала вёска „Вясьніна“ (32%), але гэта трэба лічыць выпадковым, так як 11 хворых з 17 далі 2 сям'і, дзе ўсе былі паражаны трахомай.

Астатнія 2 вёскі далі ў сярэднім 10% трахомных хворых, цікава тое, што вёска „Вясьніна“ найбольш адсталая: лазьні самыя прымітыўныя, студні на балотах, лячэньня трахомы не прызнаюць, з асьцярожнасьцю таксама ня лічацца.

У распаўсюджаньні трахомы сярод аднэй і той-жа сям'і вялікую ролю, з майго пункту погляду, адыгрывае спосаб мыцьця. Сяляне ў большасьці мыюцца з кружкі, адкуль ваду льлюць у левую руку і ёю мыюць твар. Зразумела, што гэтакім спосабам памыць твар добра нельга, асабліва вочы, гной застаецца і выціраецца рушнікам, а з яго зараза пераходзіць на іншых сяброў сям'і (адным рушнікам карыстаецца ўся сям'я).

На амбуляторным прыёме прынята 964 асобы, з якіх трахомных аказалася 314 альбо 32,5%. Сярод жанчын было 65,6% трахомных, сярод мужчын—34,4% і сярод дзяцей—19,74%. Гэта можа гаварыць аб тым, што ў захворваемасьці трахомай якуюсь-ці (і не малую) ролю адыгрывае ўмовы працы жанчыны, якая больш мужчын і дзяцей напружвае зрок (прыгатаўленьне харчу каля печы, праца ля прасьніцы і г. д.).

Значны процант хворых на трахому прыходзіцца на ўскладаную трахому (28,6), што сьведчыць аб тым, што сяляне не зварочваюцца да дактароў з трахомай, а з другога боку аб тым, што раённыя дактары

мала ўвагі ўдзяляюць лячэньню трахомы, паколькі яны самі добра ня ведаюць, як лячыць трахому.

Апэрацый зроблена 156, пры гэтым, значная частка іх прыходзіцца на трахому (127).

Шмат сялян зварочваецца дзеля падбору акуляраў (114 асоб).

Санасьветная праца праводзілася толькі з хворымі паасобку, бо кароткі тэрмін працы не дазваляў паставіць лекцый.

Кароткі тэрмін працы на вёсцы не дае права рабіць агульных вывадаў, але некаторыя заўвагі можна зрабіць.

1) Трахома на вёсцы распаўсюджана вельмі шырака.

2) Вучастковыя дактары мала ўдзяляюць увагі ў сваёй штодзённай працы пытаньню барацьбы з трахомай.

3) Насельніцтва добра ведае шкоду, якую прыносіць трахома, але эканамічныя ўмовы не дазваляюць карыстацца дапамогай у акруговым цэнтры, пры адсутнасьці гэткай на раёне.

4) Мэтад выездаў на вёску акруговых акулістаў трэба пашыраць і ўжываць па ўсіх акругах.

5) Пры выездах на вёску трэба знаёміць вучастковых дактароў з мэтодыкай дыягностыкі і лячэньня трахомы.

6) Пры кожным акруговым цэнтры трэба мець інтэрнат да цяжкіх трахомных выпадкаў за кошт бюджэту, прадугледжваць выдаткі на харчаваньне хворых, якія па сацыяльнаму становішчу ня могуць за свае ўласныя сродкі харчавацца ў горадзе.

Справаздача Полацкага рэнтгэнаўскага габінэту за 1925—1928 г.

Н. Рубінштэйн.

Арганізацыя рэнтгэнаўскае справы ў Полацкай акр. пачынаецца з 1925 г., калі Нар. Каміс. Аховы Здароўя накіраваў у Полацак (пасьля ўдасканаленьня ў Ленінградзе) спэцыяльнага працаўніка—доктара-рэнтгэнолёга. Праўда, Полацак у час вайны меў рэнтгэнаўскую ўстаноўку, але яна ў пэрыяд грам. вайны была забрана Віцебскім Губздравам.

Такім парадкам трэба было атрымаць некаторую частку апаратуры, якая і была знойдзена з экспанатаў на выстаўцы пры III Усесаюзным Зьезьдзе Рэнтгэнолёгаў. Зразумела, што з пачатку можна было займацца выключна рэнтгэнадыягносьцікай. Рэнтгэнатэрапія затрымлівалася тым, што Полацак, як большая частка іншых акруговых гарадоў ня меў электраэнэргіі днём; але пры дапамозе Горсавету ў сярэдзіне 1927 г. энэргія днём была дадзена і пачалася праца па барацьбе з грыбковымі захворваньнямі валос, якіх па Полацкай акр. наглядаецца шмат.

Памяшканьне габінэту і лябараторыі пры ім—добрае як па плошчы, кубатуры, так і па абсталяваньню (маецца электрычная вэнтыляцыя, усе сьцены афарбованы масьлянай фарбай). За апошні год габінэт здабыў новае абсталяваньне ўсёй апаратуры і, такім парадкам, габінэт можа ганарыцца сваім абсталяваньнем перад іншымі гарадамі ня толькі акруговага значэньня.

Штат габінэту складаецца з доктара-рэнтгэнолёга і рэнтгэнотэхніка; сястра мэдыцынская, якая праходзіць па штату габінэту, працуе ў ск.-вэн. дыспансэры, дзе праводзіцца апрацоўка галоў пасьля рэнтгэнатэрапіі.

Працу габінэту можна бачыць з наступнай табліцы.

Годы	Колькасьць працадур				Абслужана асоб	У тым ліку хворых грыбков. захворв.		
	Прасьвеч.	Здымкаў	Рэнтгэнат.	Усяго		Парша	Стрыг. лішай	Усяго
1925 .	639	14	615	1268	804	129	6	135
1926 .	1447	171	260	1878	1646	53	6	59
1927 .	2085	281	282	2648	2222	37	31	68
1928 .	2235	286	558	3079	2437	72	67	139

Як відаць з табліцы, колькасьць асоб з грыбковымі захворваньнямі праведзена незначная, але гэта тлумачыцца толькі тым, што габінэт не заўсёды меў энэргію днём; асабліва дрэнна гэтая справа была

ў 1926 і 1927 г., некалькі палепшылася яна ў 1928 г., але і зараз сустракаюцца перабоі ў дачы энэргіі днём. Між тым габінэт мае магчымасьць пашырыць працу па барацьбе з грыбковымі захворваньнямі (маецца апаратура, практыкуецца мэтад „квадрыплекс") і запатрабаваньняў у гэтым наглядаецца шмат. Неабходна толькі на будучы час, каб Горсавет задаволіў габінэт электраэнэргіяй днём, каб інспэктура арганізавала інтэрнат для хворых дзяцяй на дзяржлячэньне іх.

Трэба думаць, што калі Полацак пры яго беднасьці здалеў перамагчы усе цяжкасьці па арганізацыі рэнтгэнаўскага габінэту, дык ён здалее дасягнуць і апошняе, г. зн. забясьпечыць габінэт электраэнэргіяй на ўвесь час працы і арганізаваць інтэрнат для дзяцей.

Некалькі характэрных лічбаў аб дзейнасьці хірургічнага аддзяленьня Бабруйскай акруговай больніцы за 1928 год.

Усяго апэрацый праароблена 1524. Апэрацыйныя ўтыканьні вытвараюцца ва ўсіх частках чалавечага цела. Апэрацыйных сьмярцей налічваецца—7, што складае 0,5% да ўсяго ліку зробленых апэрацый.

I. З апэрацыйных утыканьняў у вобласьці жаночых палавых пуцей неабходна адзначыць:

1) Кісьць яечніка 20, сьмярцей ня было.

2) Міом маткі 14, выдаленьне маткі, адна сьмерць ад двухстаронь-няга васпаленьня лёгкіх пры пароку сэрца, апэрацыя была нямінуча з прычыны сільнага крывацячэньня.

3) Выпраўленьне становішча маткі праз поласьць жывата — 13, сьмярцей няма.

4) Саркома яечніка—3, сьмярцей няма.

5) Выдаленьне прыдаткаў маткі—5, сьмярцей няма.

II. Грыжасячэньняў—153, сьмярцей няма.

III. Апэндыцытаў—176, сьмярцей няма.

IV. Кесаравых лячэньняў—4, па поваду прадляжаньня дзіцячага мейсца і эклямпсіі, малых кэсаравых лячэньняў—2. Сьмярцей ня было.

V. Апэрацый у вобласьці жалудачна-страўнага тракта:

1) Язва жалудка—11. Сьмярцей ня было.

2) Рак жалудка—6, з іх: 3 рэзэкцыі жалудка. Сьмярцей ня было.

3) На пячоначных і жоўчных пуцях—16 апэрацый, з якіх адна сьмерць ад эмболіі лёгачнай артэрыі, нямінучасьць сьмерці была відна да апэрацыі.

4) Заварот і ўнядрэньне кішок—3. Сьмярцей ня было.

5) Тубэркулёз забрушыных залоз—2. Сьмярцей ня было.

6) Рак стравахода—2. Сьмярцей ня было.

7) Структура кішак—2. Сьмярцей ня было.

8) Рэзэкцыя кішак—5, пры ганрэне іх—адна сьмерць.

VI. Мочапалавыя органы:

1) Выдаленьне яечка з прычыны тубэркулёза і рака—6. Сьмярцей ня было.

2) Апэрацый на мачавым пухіры—4, наконт каменя, быўшага ў ім катэтра, эпітэліомы і саркомы. Сьмярцей ня было.

3) Вадзянка яечка і семеннога канаціка—13. Сьмярцей ня было.

4) Пухліна почкі і выдаленьне яе—1. Сьмярцей ня было.

VII. Вадзянка галаўнога мозгу—2. Адна сьмерць.

VIII. Апэрацый на сярэднім вухе і сосьцевідным адростку—20. З іх адна сьмерць, у безнадзейным выпадку, наконт трамбоза сінуса, піэміі, менінгіта і нарыва ў сярэдняй чарапной ямцы.

IX. Зобаў—4. Сьмярцей ня было.

X. Рак грудной залозы—3. Сьмярцей ня было.

XI. Тубэркулёзнае васпаленьне брушыны. Сьмярцей ня было.

XII. Апэрацыя наконт падучай хваробы—выздараўленьне.

2 сьмерці былі пасьля ампутацыі ног у старыкоў (гангрэна).

Такім чынам, было зроблена 179 самых значных апэрацый, якія далі ўсяго 3 сьмерці. Яны падаюць на нямінучыя сьмерці і нямінуча павінны былі быць, аб чым сваякі былі папярэджаны.

М.

Агульная гігіена.

A. E. Berry „Жизнеспособность патогенных микроорганизмов в масле“ (Journ. of prev, med. № 1 1927, по centrallbe f. gesammte Hygiene).

Мы недостаточно серьезно оцениваем роль масла в распространении инфекций; то, что туберкулезные палочки сохраняют очень долго свою вирулентность в масле, известно давно. Согласно экспериментальным данным автора, наше мнение о том, что соли и кислая реакция прогорклого масла задерживают рост микроорганизмов—совершенно ошибочно: при содержании соли от 0 до 5% рост тифозных и паратифозных палочек А происходит беспрепятственно; даже при содержании соли в количестве 6%, рост продолжается, хотя несколько слабее; в масле с таким же % содержанием соли прекрасно размножаются паратифозные палочки В и В. coli.

Тифозная палочка живет в масле 3½ м., а паратифозная палочка В и В. enteriditis—даже до 7½ м.

Д. Найдус.

Kolkwitz „О скоплении живых организмов в водопроводных трубах“ (Biolog Abt. Preusslandesanstalt f. Wasser—Boden und Lufthygiene, Heft 12—1928 по centr. f. gesammte hygiene).

Автор нашел в водопроводных трубах, несущих воду из реки, огромное количество живых организмов, представляющих собой, главным образом, грибок Ephydatia fluvi atilis, затем идут кремнистые водоросли и инфузории. В вогнутых частях труб, где движение воды несколько замедлено, их оказалось больше, чем в выпуклых частях; попытки очистить трубы от организмов пропусканием мощного тока воды под давлением 8—10 атмосфер ни к чему не привели, что вполне понятно, т. к. эти организмы живут обычно в нижних слоях воды под большим давлением, часто доходящем до 30 атмосфер.

Д. Найдус.

Domenico grandi: „Смертность от злокачественных новообразований в Италии“ из института общей гигиены в Пизе.

Автором собран большой статистический материал за время от 1888 до 1923 г.

По количеству заболеваний Игалия занимает последнее место среди прочих стран; заболеваемость возросла от 4,3 до 6,8 на 100 тыс. жителей; чаще заболевают северяне и как везде б. ч. жители больших городов. Молодежь дает малый проц. заболеваний, чаще—люди пожилого возраста; женщины—чаще чем мужчины. 1-ое место занимает рак желудка, затем кишек, пищевода, печени, селезенки, реже стал встречаться рак женских половых органов и груди. Умирают от рака чаще летом, чем зимой и б. ч. люди, ведущие сидячий образ жизни. Вредного влияния спирта на рост заболеваемости не наблюдается, наоборот, рак особенно рас-

пространен в непьющих провинциях; иначе обстоит дело с употреблением табаку: в тех местностях, где население усиленно курит, часто развивается рак губы и дыхательных путей.

Связи между уплотнением жилищ и заболеваемости раком автор не нашел.

Д. Найдус.

G. Sollazźo „О привыкании пищеварительного тракта к ржаному хлебу“ (Inst. d'ig. univers. Milano—1928).

Хлеб играет в Италии крупную роль в питании населения; в виду отсутствия единогласия между гигиенистами и физиологами по вопросу об усвояемости белого и ржаного хлеба различного помола, автор поставил ряд опытов над людьми с хлебом из муки с содержанием различных количеств отрубей.

В результате своей работы автор приходит к тому заключению, что, когда организм через определенное время приспосабливается к отрубистому хлебу, он переваривает такой хлеб не хуже хлеба тонкого помола, поэтому автор считает вполне допустимым для питания населения 90% муку.

Д. Найдус.

H. Balzli „Искусство и наука еды; здоровье и народное благополучие—в щелочных питательных продуктах“ по Centralblatt. f. gesammte Hygiene 18 Band—1928).

Автор рекомендует питаться такими продуктами, в которых основные, щелочные начала превалируют над кислотными; к первым относятся: овощи, зелень, фрукты и особенно картофель; кислотообразователями являются белковая пища (кроме молока и крови), жиры, яйца, бобы и большая часть орехов; чтобы пища была достаточно богата солями кальция, надо пользоваться для кухни, по возможности, жесткой водой; употребление сахара, консервов и соленой пищи автор отвергает.

В виду того, что бобы и злаки содержат неполноценные белки, поэтому надо при вегетарианском режиме добавить достаточное количество полноценных белков; а источником таких белков могут служить: молоко, картофель, зеленые овощи и соя; что касается суточного количества белков вообще, то оно не должно превышать 35,0 из расчета 0,5 на kilo веса; при напряженной работе допускается 0,7 белков.

Автор стоит вообще за вегетарианство и умеренность в еде; он считает, что мясо делает народы воинственно настроенными; с возвращением к растительному питанию наступят мирные времена и примирение всех народов.

Д. Найдус.

Margarette Zimmerman „Простой способ открытия примеси коровьего молока к женскому“ (Zeitschr. f. Kinderheilkunde bd № 45—1928).

Открыть такую примесь не легко, т. к. различие между женским и коровьим молоком не качественное, а количественное, при том количество составных начал молока колеблется в довольно больших пределах; автор предлагает для данной цели базироваться на том общеизвестном факте, что женское молоко, свертываясь, дает более мелкие хлопья, чем коровье, вследствие того, что женское молоко

беднее водой и белками, но богаче жиром; поэтому хлопья казеина богатые жиром не так легко оседают, а всплывают на поверхность.

Методика, предлагаемая автором, такова: к 1 к. с. молока добавляют 1 к. с. $^1/_{10}$ N H_2SO_4, доливают воды до 10 к. с., взбалтывают и оставляют на 4—5 часов при комнатной t°; женское молоко при этих условиях осадка не дает; если появляются хлопья, то это признак присутствия коровьего молока.

Этот метод пригоден как для сырого, так и для кипяченого молока.

Д. Найдус.

A. Tapernout „Индикаторная бумага для определения кислотности молока". Comp. rend. des seance de la soc. de Biol № 9—1928. Для приблизительного определения о степени кислотности молока автор рекомендует пользоваться полосками фильтровальной бумаги, пропитанными спиртным раствором Methyl—rot с интервалом Ph b 4,4—6,2. Если молоко имеет кислотность, допустимую (до 20° по Сокслет—Генкелю), то при погружении бумажки в молоко, она имеет желтый цвет, при повышенной кислотности цвет становится оранжевым, а при еще большей кислотности бумажка окрашивается в оранжево-красный цвет; индикаторную бумагу надо хранить в хорошо закупоренной банке подальше от кислот и щелочей.

Д. Найдус.

V. Heller „Синтез витаминов в растениях в зависимости от освещения" (Journ. ot bioe chem № 2—1928 по centrallbl f. gesammt. hygiene). В своей работе автор пытался выяснить вопрос, оказывает ли характер освещения влияние на синтез витаминов в растениях или синтез является лишь функцией процесса роста; для своих опытов автор дал проростать пшеничным и маисовым зернам на чистом песке, как в темноте, так и при различных условиях освещения; при прямом солнечном свете, при освещении ртутно-кварцевой лампой, под стеклом различного химического состава, толщины и цвета, затем измерялся фотосинтез по об'ему CO_2; максимальное образование CO_2; наблюдалось при проростании зерна в темноте, минимальное на свету; из 200,0 зерна через 8 дней проростания в темноте получено 150,0 сухого вещества; из того же количества зерна, проросшего при освещении ультра-фиолетовыми лучами, получено 160,0 сухого вещества, при освещении лампой mazda—164,0, при ртутно-кварцевой лампе — 170,0, а при непосредственном солнечном освещении—175,0; дальше автор тщательно очищал проросшие семена от плесени, которая сама синтезирует витамины и кормил ими опытных животных: белых мышей для доказательства присутствия А и В и морских свинок для витамина С.; автором получены следующие результаты: максимальное количество А было найдено у молодых растущих крыс при кормлении их зерном, проросшим при солнечном свете, меньшее количество получено при освещении ультрафиолетовыми лучами, затем ртутной кварцевой лампой, а наименьшее количество витамина А оказалось в зернах, проросших в темноте; витамин В появлялся в позднейшей стадии проростания зерна, С является быстрее А и В; образуется он даже в темноте, но на свету количество его увеличивается.

Д. Найдус.

О молоке коров с больным выменем („Über Milch Euter Kranker Kühe") von Ing. I. Krenn Zeitsch. f. untersuchung der Lebensmittel, Keft I—1928.

Давно известно, что молоко, коров с больным выменем изменяется в своем составе, напоминая как по химическому составу, так и по уд. в. и рефракции молоко, разбавленное водой; таким образом, при обычном анализе молока установить присутствие патогенного молока не представляется возможным; эта задача еще больше осложняется тем, что редко когда приносят для исследования молоко из одной больной доли вымени, а б. ч. из всех 4 сосков; в случае же сборного молока эта задача становится совершенно неразрешимой, несмотря на всю важность этого вопроса с гигиенической т. зр. (присутствие патогенного молока имеет также значение для сыроварения).

Автор экспериментально доказал, что патогенное молоко отличается от молока, разбавленного водой, увеличенным количеством хлоридов и повышенным хлорсахарным числом.

О заболеваниях и смерти после употребления фруктов („Über erhen KramKemgen und Fot nach Obstgenuss") von Waltuher Gros, Müncd. med. Wochenscn. № 5—1928.

В жаркие летние месяцы часто наблюдаются случаи желудочных отравлений преимущественно у детей, после злоупотребления фруктами особенно при одновременном введении в желудок большого количества воды; вероятно по этой причине, как передают путешественники, уроженцы Африки избегают пить воду после обильных приемов сочных тропических фруктов. К сожалению, описания подобных отравлений находят себе место чаще в хронике общей печати, чем на страницах медицинских журналов. Кажется непонятным, почему сочные, вкусные фрукты, содержащие только углеводы, органические кислоты, витамины и ароматические вещества оказывают иногда вредное действие на наш организм.

В виду невыясненной этиологии этих заболеваний, автор и задался целью подвергнуть критическому разбору материал по данному вопросу.

Имеется много факторов, могущих служить причиной отравления:

1) Присутствие синильной кислоты в меньшем или большем количестве во многих зернах и косточках, что по привычке детей проглатывать косточки вишен, абрикосов, персиков и т. п. может вызвать отравление.

2) Даже вполне зрелые фрукты без косточек могут нанести вред, если поглощать их в таких больших количествах, к которым организм не привык и которых наши пищеварительные соки не в состоянии переварить. Автор поставил следующие ориентировочные опыты с яблоками, вишнями, сливами, крыжовником и земляникой; измельченные до той величины, как это часто дети проглатывают, он ставил эти фрукты и ягоды в термостат при 37° С., при чем оказалось, что все они сильно набухли (вследствие ослюза), особенно вишни, при явлениях сильного брожения, из чего следует, что переполнение желудка колиондальным материалом, способным сильно набухать, да еще при заполнении желудка водой до отказа, не может пройти безнаказанно для организма; дальше автор держал вишни с косточками в термостате в течение 4-х часов с пепсином и соляной кислотой, затем для окончательного переваривания еще 4 часа в термостате с 0,5% соды и трипсином и мог констатировать лишь изменение цвета, консистенция мяса вишен изменилась весьма мало, вес остался тот же, что говорит за ничтожную их переваримость.

Не надо забывать, что даже одна вода, принятая в большом количестве, оказывает вредное действие вследствие разжижения пищеварительных соков, изменения характера кишечной флоры, усиления перистальтики кишек и т. д.

Если поедаются фрукты незрелые, то они еще больше отягчают желудок, вследствие уменьшенного содержания экстрактивных веществ и богатства клетчаткой и пектином, трудно перевариамыми.

3) Иногда отравление фруктами обуславливается их заражением плесневыми грибками, не говоря о возможной передаче инфекций от навоза, уличной грязи, грязного транспорта и хранения.

Многие фрукты и ягоды заражаются специфическими грибками, так крыжовник, смородина и земляника заражаются „Phragmiduim Rubi idaei, „вишни — podosphora“, гниение самих зерен обуславливается „Monilla“, penicillum или Mucor; что касается вопроса о вредном действии плесневых грибков на организм вообще, то хотя, с одной стороны, их считают плесени совершенно безвредными, даже приносящими иногда пользу, как, напр., для изготовления сыра Рокфор, с другой стороны известно, что плесневой корм вызывает заболевание домашнего скота; не исключена возможность образования грибками ядовитых веществ, особенно для детского организма, и, наконец,

4) заболевание может быть результатом отравления солями меди, цинка, мышьяка, сернистым ангидридом, которые иногда применяются либо с дезинфекционной целью для опрыскивания деревьев, кустов и самих фруктов, либо с целью придать фруктам стойкий красивый цвет.

Исследование льда („Eisuntersuchung“) von Ors v. Hubay Zeitschr. für untersuchung der Nahrungs und genussmittel, heft 6—1925.

Еще в 1886 г. Fränkel указал на то, что естественный лед не должен применяться ни для лечебных целей (для сосания больному, компрессов), ни для пищи, т. к. может содержать патогенные микроорганизмы или посторонние ядовитые вещества; дальше ряд авторов, как Bordoni-Uffrenidazzi, Christomanos, Calvi и Abba обратили внимание на то, что прозрачный лед чище в химическом и бактериологическом отношениях, чем мутный, как будто вода, замерзая, стремится исключить из своей среды все чуждое ее молекулярному составу.

Для более детального изучения разницы между прозрачным и мутным льдом автором проделан ряд опытов с искусственным льдом из городского заведения; для опытов он брал разные куски мутные в наружной части и прозрачные в середине и, наоборот, обмывал их водопроводной водой, брал стерилизованной ложкой кусочки в несколько граммов, оттаивал их в стерильной пробирке, взбалтывал и делал посевы с 0,5 и 1 к. с. жидкости на желатине (Агар оказался менее пригодным для этой цели); после 48-ми часового стояния в термостате оказалось, что мутный лед б. ч., но не всегда богаче бактериями, чем прозрачный, при чем чаще всего найдены стафилококки, сарцины, B. Subtileś, B. Coli, попадалась иногда и плесень.

Химическое исследование показало, что в мутном льду содержится больше хлоридов и сухого остатка, чем в прозрачном; что касается окисляемости, то результаты получены настолько различные, что не дают возможности сделать определенные выводы.

Все авторы приходят к тому заключению, что для медицинских целей нужно употреблять только искусственный лед, приготовленный из дестиллированной воды, в кухне же надо, по возможности, не класть льда непосредственно в блюда и всегда предпочитать прозрачные куски.

Д. Найдус.

ЛІСТЫ Ў РЭДАКЦЫЮ.

У Рэдакцыю „Беларуская Мэдычная Думка“.

Паважаны тав. Рэдактар!

Не адмоўце ў ласцы зьмясьціць на старонках часопісу наступнае:

1-га чэрвеня г. г. скончыўся 2-гі цыкль курсаў удасканаленьня для дактароў і зубных дактароў па стоматолёгіі і одонтолёгіі пры Беларускім Дзяржаўным Одонтолёгічным Інстытуце.

Мы, курсанты 2-га цыклю, зьехаўшыся з далёкіх раёнаў БССР для папаўненьня сваіх ведаў, выяжджаем сёньня назад на вучасткі, пашырыўшы свой мэдычны кругавід і ўдасканаліўшыся ў практычнай одонтолёгіі.

З яшчэ большай энэргіяй і замілаваньнем будзем мы цяпер працаваць на ніве дарагой нам савецкай одонтолёгіі.

Мы выражаем глыбокую падзяку нашаму Наркому Аховы Здароўя т. М. І. Барсукову за поўнае ажыцьцяўленьне ідэі ўдасканаленьня зубных дактароў БССР, а таксама Дырэктару Інстытуту Доцэнту І. М. Старобінскаму і ўсяму пэдагогічнаму пэрсаналу Ін-та за іх прыхільныя і адданыя адносіны да справы ўдасканаленьня зубных дактароў БССР.

Па даручэньню курсантаў зубныя дактары:

Раева, Фрадкіна.

1-VI 1929 г.

У Рэдакцыю часопісі „Беларуская Мэдычная Думка“.

Арганізацыйнае бюро Ўсебеларускае Нарады акулістых просіць зьмясьціць у чарговым нумары Вашай часопісі ніжэйпаданую зьвестку: „Згодна канчатковага зацьверджаньня Аргбюро, на Ўсебеларускай нарадзе акулістых вызначаны наступныя тэмы праграмных дакладаў: 1) Вочная дапамога на Беларусі і яе пэрспэктывы на будучы час. 2) Трахома: а) распаўсюджаньне і меры барацьбы з ёй, в) лекавае лячэньне, г) апэрацыйнае лячэньне. 3) Сьляпоты на Беларусі. Акулісты, якія жадаюць быць удзельнікамі нарады, павінны паведаміць Аргбюро не пазьней 15 жніўня, каб атрымаць запрашальныя лісты на нараду, а жадаючыя выступіць на ёй з дакладамі, павінны прыслаць тэмы дакладаў не пазьней 1 верасьня, а тэзісы дакладаў не пазьней 10 верасьня ў Аргбюро па адрасу: Менск, Ленінская 52, Вочная клініка.

Старшыня Аргбюро
Прафэсар *С. Камінскі.*

ХРОНІКА

— У траўні і чэрвені пры Нар. Кам. Аховы Здароўя адбыліся наступныя зьезды і нарады: III-ці Ўсебеларускі зьезд вучастковых доктароў; I-ы Ўсебеларускі зьезд хірургаў, акушэраў і гінеколагаў; нарада працаўнікоў ск. вэнэр. дыспансэраў, нарада аптпрацаўнікоў. Рэзалюцыі гэтых зьездаў НКАЗ мяркуе выдаць асобнай брашурай.

— 6/VI Калегія Нар. Кам. Раб. Сял. Інсп. заслухоўвала даклад аб становішчы мэддапамогі застрахаваных. Прапановы Калегіі зьмешчаны ў гэтым № часопісі „Белар. Мэдычн. Дума".

— СНК БССР, разглядае праэкт пастановы аб узмацненьні нізавога савецкага апарату, ухваліў пункт аб прадстаўленьні загадчыкам больніц права самастойных распарадчыкаў крэдытамі.

— НКЗ распрацаваў для ўнясеньня ў СНК праэкт пастановы па барацьбе з вэнэрычнымі хваробамі ў БССР. Згодна гэтага праэкту ўводзіцца абавязковае паведамленьне органаў аховы здароўя, усімі лекава-прафілактычнымі ўстановамі і дактарамі аб новых выпадках захворваньняў на вэнэрычныя хваробы. У наступны момант праэкт гэты ўзгадняецца з іншымі зацікаўленымі Наркаматамі.

— Санэпід Інспэктура НКАЗ разам з Інстытутам гігіены распрацавала правілы гандлю малаком і малочнымі прадуктамі і аб зонах санітарнае аховы крыніц водазабясьпекі. Па ўзгадненьні гэтых праэктаў з адпаведнымі Наркаматамі яны будуць апублікаваны.

Знаходзяцца на ўзгадненьні з адпаведнымі арганізацыямі інструкцыі аб нормах адлічэньняў на барацьбу з малярыяй на торфараспрацоўках і аб матар'яльным удзеле прамысловых прадпрыемстваў у барацьбе з эпідэміямі ў прамысловых раёнах.

— Нар. Кам. Аховы Здароўя распрацован плян удзелу ў I-й Ўсебеларускай выстаўцы сельскае гаспадаркі і прамысловасьці, якая адбудзецца ў 1930 г. у Менску. Нар. Кам. Аховы Здароўя мяркуе прадставіць на выстаўку экспанаты, характэрызуючыя становішча мэддапамогі ў БССР, а таксама спробы фармазаводу, пратэзнае майстэрні, мікра-біолёгічн. інстытуту. Будуць прадстаўлены экспанаты лекавых расьлін БССР, навуковая і санасьветная літаратура. Калі будзе магчымым, на выстаўцы будуць дэманстрыравацца розныя забабоны і знахарства, якія ўжываюцца і ўжываліся ў БССР.

— На гэты год па БССР мяркуецца адчыніць 465 ясьляў, з іх каля 20 сталых. Пры адчыненьні ясьляў значная ўвага будзе зьвернута на калектыўны сэктар сельскае гаспадаркі,—будзе адчынена ў калгасах каля 100 палявых ясьляў і саўгасах каля 40.

— У жніўні м-цы СНК Бел. заслухае даклад аб становішчы аховы мацярынства і младзенства і пэрспэктывах далейшага разьвіцьця гэтае галіны. Даклад гэты распрацован Інспэктурай НКАЗ, у абмеркаваньні яго, а таксама дзеля высьвятленьня ўдзелу грамадзкіх арганізацый у разьвіцці устаноў па ахове мацярынства і младзенства на працягу 5 годкі пры НКАЗ у хуткім часе адбудзецца нарада з прадстаўнікоў зацікаўленых арганізацый (ВСНХ, Белжылсаюз, Сельгассаюз, Белкапсаюз, Кустпрамсаюз, ЦСПСБ, Калгассаюз і інш.).

— Нар. Кам. Аховы Здароўя ў 1930 г. мяркуе арганізаваць рэспубліканскія курсы перападрыхтоўкі мэдыцынскіх сясьцёр.

— К XI-годзьдзю аслабаненьня БССР ад белапалякаў мяркуецца адчыненьне новага фармазаводу, будаўніцтва якога пачалося ў мінулым годзе. Завод будзе абсталёван новымі машынамі і прыладамі, што дасьць магчымасьць пашырыць і палепшыць вытворчасьць заводу, галоўным чынам у бок скарыстаньня лекавых расьлін БССР.

— К дню XII-годзьдзя Кастрычнікавай Рэвалюцыі скончыцца будаўніцтва новага Фізыа-Артопэдычнага Інстытуту, што дасьць магчымасьць пашырыць працу існуючага інстытуту Фізыатрыі палепшыць працу існуючага зараз ортапэдычнае амбуляторыі. З іншых аб'ектаў новага будаўніцтва трэба паказаць на будаўніцтва санаторыі „Чарніцы", Нэрвовае санаторыі ў Баркоўшчыне, Полацкае акр., якія таксама павінны скончыцца восеньню гэтага году. Гомель у гэтым годзе будуе сухотную больніцу, будоўля скончыцца ў 1930 г. Віцебск і Бабруйск у 1930 г. пачне будаўніцтва гарадзкіх больніц, пляны якіх распрацоўваюцца.

— 17/VI пры Нар. Кам. Аховы Здароўя адбылася чарговая нарада акруговых і гарадзкіх Інспэктараў Аховы Здароўя, разам з акруговымі санітарнымі дактарамі. На нарадзе былі заслуханы даклады аб 5-цігадовым пляне ў акруговым разрэзе і аб кантрольных лічбах бюджэта на 1929/30 г. па мясцоваму і дзяржаўнаму бюджэтах. Па дакладам вынесены наступныя рэзалюцыі:

1. Складзеная НКАЗ пяцігодка ў акруговым разрэзе ў асноўным адпавядае сучаснаму становішчу мэддапамогі ў акругах, разьвіцьцю паасобных акруг на працягу пяцігодкі і грошовым магчымасьцям іх.

2. Прадугледжанае па пяцігодцы пашырэньне сеці паляпшае сучаснае становішча аховы здароўя ўсіх акруг, асабліва па лініі забясьпечаньня вёскі і ў часьці прафілактычных мерапрыемстваў (Ахматмлад, Аздраўдзет, санітарная справа).

3. Сець пяцігодкі кожнае акругі зьяўляецца мінімумам. Скарачэньню гэтая сець не павінна падлягаць, але грашовыя магчымасьці тэй, ці іншай акругі, разьвіцьцё гаспадаркі ў ёй можа стварыць спрыяючыя ўмовы да павялічэньня прадугледжанай па пяцігодцы сеці. У гэтых выпадках можна павялічваць сець.

4. Акруговыя Інспэктуры Аховы Здароўя ў мэтах ажыцьцяўленьня пяцігадовага пляну не павінны аслабляць увагу рацыяналізацыі справы ўстаноў, паменшаньню нявытворчых выдаткаў, гаспадарчаму і эканамічнаму выдаткаваньню сродкаў.

5. Лічачы прадугледжаную па пяцігадоваму пляну сець мінімальнай трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу на якасьць аказваемай дапамогі, для чаго:

а) правесьці ў жыцьцё прапановы Калегіі РСІ па абсьледваньню мэддапамогі застрахаваным;

б) змагацца з фармальнымі адносінамі да сваіх абавязкаў як устаноў у цэлым, так і асобных мэдпрацаўнікоў у прыватнасьці;

в) ужываць сацыялістычнае спаборніцтва паміж паасобнымі лекавымі ўстановамі;

г) перавесьці працу лекавых устаноў на дыспансэрны мэтад працы і ў першую чаргу мэдыцынскіх пунктаў на прадпрыемстах, Інстытут дапамогі на даму: праводзіць па каштарысу патранажных сясьцёр пры ўсіх лекавых установах, а на вёсцы правесьці ў 1929/30 г. на дыспансэрны мэтад працы ўстановы аднаго раёну з тым, каб з кожным годам колькасьць іх павялічваць. НКАЗ распрацаваць падрабязговую мэтодыку дыспансэрнай працы паасобных мэдыка-санітарных устаноў і даклад гэты паставіць на наступнай нарадзе Акруговых Інспэктароў Аховы Здароўя.

6. Асаблівую ўвагу на працягу пяцігодкі зьвярнуць на пашырэньне колькаснага і якаснага мэдабслугоўваньня калектыўнага сэктара сельскай гаспадаркі, дзеля чаго:

а) новае будаўніцтва ўстаноў і іх адчыненьне праводзіць з падлікам запатрабаваньняў калгасаў і саўгасаў;

б) арганізоўваць у калгасах і саўгасах пункты першае дапамогі, згодна пляну;

в) сачыць за правядзеньнем у жыцьцё прапаноў, прынятых на III-м Усебеларускім зьезьде вучастковых доктароў і Сэсыяй калгасаў па дакладу Наркома т. Барсукова.

Разам з гэтым трэба палепшыць мэдабслугоўваньне батракоў і пастухоў, а таксама мэліорацыйных прац шляхам арганізацыі на гэтых працах мэдпунктаў.

7. Сець устаноў па Ахматмладу, Аздраўдзету і санітарнай арганізацыі па пяцігодцы значна пашыраецца, трэба стварыць такія ўмовы, каб гэта сець скарыстоўвалася з найбольшым эфэктам, у прыватнасьці, трэба ўзмацніць санітарную арганізацыю шляхам стварэньня ў кожным акруговым горадзе санітарнай станцыі, пераводам працы санітарнай арганізацыі на дыспансэрны мэтад працы (патранаж пры барацьбе з пошаснымі хваробамі).

Адначасова з гэтым санітарнай арганізацыі зьвярнуць асаблівую ўвагу на новае жыльлёвае будаўніцтва і будаўніцтва па камунальнаму дабрабыту.

8. НКАЗ на падставе зацьверджаных лемітаў на пяцігодзьдзе распрацаваць штаты і вымярыцелі і накіраваць іх па акругах для кіраваньня імі пры распрацоўцы пяцігадовага пляну ў раённым маштабе.

9. На падставе пяцігодкі ў акруговым разрэзе, Інспэктурам Аховы Здароўя распрацаваць пяцігодку ў раённым маштабе, прыцягваючы да гэтай справы адміністрацыйныя нарады пры Інспэктурах, саюз і ўсю прафсаюзную масу, узгадніць сваю пяцігодку з Акрплянамі і АВК і прадставіць яе ў НКАЗ з сваімі заўвагамі не пазьней 15/VII—г. г.

10. Заслухаўшы даклад т. Гіткіна аб пабудове кантрольных лічбаў па дзяржаўнаму і мясцоваму бюджэтах на 1929/30 г. Нарада Акр. Інспэктароў адзначае:

а) усе прынцыпы, якія паложаны пры пабудове кантрольных лічбаў зьяўляюцца правільнымі;

б) усе мерапрыемствы, намечаныя пры пабудове кантрольных лічбаў, сапраўдна адпавядаюць патрабаваньням справы аховы здароўя і адпавядаюць пяцігодцы;

в) згадзіцца з намечаным пашырэньнем сеткі, як па дзяржаўнаму, так і па мясцоваму бюджэтах:

11. Пры складаньні каштарысу акругі павінны зьвярнуць увагу:

а) на максымальна-эканамічнае разьмеркаваньне сродкаў, даўшы магчымасьць установам значна палепшыць пастаноўку працы;

б) на якаснае ўзмацненьне раённых устаноў;

в) на ўзмацненьне працы сан. арганізацый (больш сродкаў на дэз. сродкі, павялічэньне эпідфонду і разьезды для раённых дактароў);

г) прадугледзіць больш сродкаў на капітальны рамонт лячэбных устаноў;

д) павялічыць водпуск сродкаў на ўдасканаленьне дактароў, зубных дактароў і сярэдняга мэдпэрсаналу (асабліва акушэрак);

е) павялічыць больш сродкаў на стажорства;

ж) забясьпечыць мэддапамогай калгасы, саўгасы і батракоў.

12. Высунутыя НКАЗ аб'екты пабудоў, якія павінны быць пачаты ў 1929/30 г. нарада ўхваляе і з боку акруг павінны быць ужыты ўсе захады да таго, каб скончыць паказаныя пабудовы ў намечаны тэрмін.

13. Асноўныя прынцыпы па ўстанаўленьню ставак для мэдпэрсаналу на 1929|30 г. зьяўляюцца правільнымі. Таксама нарада лічыць правільным перадачу датацыі па лячэбнаму фонду па ўстановах дзяржбюджэту з фонду зарплаты на бюджэт.

У далейшым распрацаваць пытаньне аб магчымасьці перадачы датацыі па лячэбнаму фонду па ўстановах мясцовага бюджэту з фонду на мясцовы бюджэт.

14. Лічыць неабходным, каб зарплата па мясцоваму бюджэту сумесна з датацыяй па лячэбнаму фонду па аналёгіі з дзяржбюджэтам была б нармавана на 1929|30 г.

15. Узгадніць з Саюзам неабходную колькасьць спэцвопраткі для разьездаў мэдпэрсаналу на вёсцы.

16. Прадугледзіць асыгнаваньне на правядзеньне дыспансэрызацыі, у прыватнасьці ў г. Бабруйску, у сувязі з арганізацыяй там раённай паліклінічнай дапамогі, што складае 25.000 р.

17. Прадугледзіць асыгнаваньне на Ўсебеларускі Зьезд па Ахматмладу.

18. Павялічыць заробную плату працаўнікам кансультацый і ясьляў.

19. Перавесьці на мясцовы бюджэт дзіцячыя ўстановы Памдзету.

20. Паставіць пытаньне аб асыгнаваньні сродкаў на арганізацыю сталых ясьляў у калгасах і саўгасах.

21. Прыняць захады да ўзяцьця на бюджэт ясьляў, арганізаваных у пагранічнай паласе.

22. Забясьпечыць будаўніцтва ясьляў на заводзе „Акцябр“.

23. Паставіць пытаньне аб уключэньні сродкаў на транспарт для вучастковых дактароў.

24. Забясьпечыць асыгнаваньнямі дэзсправу.

25. Паставіць пытаньне аб арганізацыі заразнай б-цы ў Воршы.

26. Прадугледзіць у каштарысу асыгнаваньні на дамы сан. асьветы, навуковую літаратуру для дактароў і абсталяваньне для сан.-гігіен. лабараторый.

27. Паставіць пытаньне аб параўнаньні заробнай платы дактарамі АЗД з санітарнымі дактарамі.

28. Прадугледзіць па каштарысу асыгнаваньні на выданьне Нар. Кам. Аховы Здароўя і на часопіс „Мэд. Думка“. Пры асыгнаваньнях на часопіс мець на ўвазе таксама выдаткі і на ўтрыманьне аднаго платнага працаўніка ў рэдакцыі.

29. Нар. Кам. Аховы Здароўя прапрацаваць нармальныя штаты раённых мэдыка-санітарных устаноў.

30. У мясцовым бюджэце ўрэгуляваць пытаньне з сьвяточнымі днямі.

31. Паставіць пытаньне аб 6-ці тыднёвай сыстэме працы.

32. Прадугледзіць аплату за суд-мэд. ускрыцьця.

33. Паставіць пытаньне аб санітарных памочніках.

34. Лічыць неабходным арганізацыю курсаў па ўдасканаленьню сан. дактароў і дэзынфэктараў.

35. Прадугледзіць камандыроўкі для ўдасканаленьня адм. пэрсаналу (Акрздравы і галоўн. дактары).

36. Забясьпечыць пратэзыраваньне працаўнікам калгасаў, саўгасаў, батракам, пастухам і інвалідам вайны.

37. Прадугледзіць замену камандыруемым у навуковую камандыроўку.

38. Забясьпечыць сваечасовы водпуск сродкаў на будаўніцтва будучага бюджэтнага году.

АФІЦЫЙНЫ АДДЗЕЛ.

Пастановы Калегіі НК РСІ Бел. па дакладу групы працы і быту аб выніках абсьледваньня становішча мэдыка-санітарнага абслугоўваньня застрахаваных у БССР 6-VI 1929 г.

Канстатаваць, што побач з маючыміся дасягненьнямі па разгортваньню сеткі мэдыка-санітарных установ у БССР (рабочыя амбуляторыі, больніцы, рознага роду дыспансэры, установы па ахове мацярынства і млядзенства, арганізацыі па ахове здароўя дзяцей і падлеткаў, навукова-дасьледчыя інстытуты і г. д.), пры маючыхся посьпехах у справе палепшаньня працы многіх мэдыц. установ і некаторым колькасным і якасным узмацненьні санітарнае арганізацыі,—у практыцы мэдыка-санітарных установ па абслугоўваньню застрахаваных адзначаюцца наступныя недахопы:

1. Разрыў паміж прапускной здольнасьцю і ўзросшымі культурнымі запатрабаваньнямі працоўных мас у адносінах паасобных відаў мэд. дапамогі, недастатковасьць і значная перагружанасьць коечнага фонду ў больніцах, сеткі лекава-прафілактычных установ па барацьбе з сацыяльнымі хваробамі, асабліва сухотамі ў рабочых раёнах; слабая пастаноўка барацьбы з трахомай і бытавым сіфілісам; недастатковае разьвіцьцё патранажу ўстановамі Ахматмладу і неадпаведнасьць магутнасьці санітарных і школьна-санітарных арганізацый у БССР пастаўлен. перад ім задачамі, прычым усе гэтыя моманты знайшлі адпаведны адбітак у 5-цігадовым пляне разьвіцьця народнае гаспадаркі БССР па пытаньню далейшага пашырэньня і ўзмацненьня сеткі мэдыка-санітарных установ.

2. Адсутнасьць належнага прафілактычнага ўхілу ў працы агульных амбуляторый, дактароў дапамогі на даму і нават часткі пунктаў першай дапамогі пры прадпрыемствах, якія ў большасьці выпадкаў абмяжоўваюць сваю дзейнасьць вузка-лячэбнымі функцыямі.

3. Зусім слабае вывучэньне праф. захворваньняў па прадпрыемствах БССР.

4. Нерацыянальная пастаноўка рэгістрацыі і прыёму хворых у агульных амбуляторыях і інш. мэд. установах па масаваму абслугоўваньню застрахаваных, пры недастатковай прыстасаванасьці часоў дзейнасьці многіх мэд. установ да ўмоў працы рабочых і, як вынік гэтага—чарга ў рэгістратурах, трата шмат часу на прыёме, перашкоды для працуючых у ранішняй зьмены пападаць на прыём і г. д.

5. Многія мэд. установы (амбуляторыі, больніцы) у сваёй штодзённай дзейнасьці ня выконваюць ролі культурных установ па прышчапленьню даведваецам санітарна-гігіенічных навыкаў (у прыватнасьці не вядзецца ніякай сан-асьветнай працы сярод хворых у больніцах, дзе апошнія застаюцца значныя часы) і некаторыя з іх нават самі ня выконваюць элемэнтарных запатрабаваньнаў санітарыі і гігіены.

6. Нездавальняючая арганізацыя хуткай дапамогі—адсутнасьць прыстасаваных памяшканьняў і гаражоў, мэханічнага транспарту; адсутнасьць па паасобных гарадох разьмежаваньня функцый неадкладнай і хуткай дапамогі і перарывы ў яе працы ў паасобныя гадзіны дню.

7. Недастатковасьць выездаў дактароў-спэцыялістых у рабочыя раёны па аказваньню спэцыяльнай дапамогі і інструктажу вучастковых дактароў па спэцыяльным пытаньням, што выклікае значныя выдаткі па накіраваньню хворых у акруговыя цэнтры і адбіваецца на разьмерах аказваемай спэцыяльнай дапамогі застрахаваным раёну.

8. Перабоі ў своечасовым і рацыянальным снабжэньні застрахаваных раёнаў мэдыкамэнтамі, што прымушае апошнія ў адпаведных выпадках купляць мэдыкамэнты на ўласныя сродкі.

9. Недастатковае скарыстаньне лячэбнага фонду сацстраху на справу палепшаньня якасьці мэд. абслугоўваньня застрахаваных, парушэньні сыстэмы выдачы датацый па зарплаце з лячэбнага фонду і адвольнасьць устанаўліваемых акладаў па штатных адзінках, якія поўнасьцю ўтрымліваюцца па лячэбнаму фонду і, як вынік апошняга, рознабой у стаўках аднолькавых пасад.

10. Адсутнасьць належнай першапачатковай распрацоўкі тэхнічных плянаў капітальнага будаўніцтва паасобных мэд установ.

11. Значны недахоп мэд. пэрсаналу як вышэйшага (асабліва дактароў-спэцыялістых), так і сярэдняга і малодшага абслугоўваючага пэрсаналу, у сувязі з чым маюць месца шматлікія сумяшчэньні дактароў-спэцыялістых, пасады сярэдняга мэдпэрсаналу займаюцца асобамі без адпаведнай спэцыяльнай адукацыі, большасьць малодшага абслугоўваючага пэрсаналу ня мае ніякай кваліфікацыі і многія з іх нават зусім няпісьменныя. У прыватнасьці, сумяшчэньне дактароў зьвязана таксама з недастатковай яшчэ аплатай іх працы.

12. Пры адзначаючыхся посьпехах у палепшаньні ўзаемаадносін дактароў і хворых, асабліва ў мэд. установах, якія ўстанавілі шчыльную сувязь з рабочымі масамі, усё яшчэ маюцца няўважлівыя, фармальныя ад-

адносіны да хворых з боку часткі дактароў. З другога боку маюць яшчэ таксама мейсца грубыя адносіны да дактароў некаторых хворых і моманты хуліганства.

13. Слабая працоўная дысцыпліна сярод абслугоўваючага пэрсаналю больніц, спазьненьні і ўход з працы раней устаноўленага часу некаторых дактароў.

14. Зусім слабы ўдзел у працы вытворчых нарад доктарскай масы.

15. Інспэктуры Аховы Здароўя ня выконваюць сваіх функцый па сыстэматычнаму інспэктыраваньню і інструктажу мэд. устаноў на мясцох, у сувязі з чым няпоўна і несваечасова праводзяцца ў жыцьцё высоўваемыя практыкай паасобн. мэд. устаноў неабходныя мерапрыемствы па далейшаму ўдасканаленьню іх працы.

Таксама адсутнічае належны жывы інструктаж з боку НКАЗ, не вядзецца спэцыяльнай працы па арганізацыі і правядзеньню сыстэматычнай самарацыяналізатарскай працы ў мэдыка-санітарных установах.

16. Недастатковасьць урачэбнага кантролю страхкас за правільнасьцю выдач водпускаў па часовай непрацаздольнасьці і па правільнаму скарыстаньню гэтых водпускаў пры адсутнасьці належных мерапрыемстваў па арганізацыі па гэтаму пытаньню рабочага кантролю.

17. Недастатковасьць форм удзелу і кантролю рабочых мас у штодзённай працы мэд. устаноў.

У сувязі з гэтым Калегія НК РСІ пастанаўляе—прапанаваць НКАховы Здароўя Бел.:

I. Па амбулятортнай дапамозе.

1. НК Аховы Здароўя распрацаваць мерапрыемствы па прыдачы канкрэтна-прафілактычнага напрамку ў дзейнасьці амбуляторый у аснову якіх палажыць:

а) *Па габінэтах амбуляторый:* абсалютнае знаёмства лекавых дактароў з умовамі працы і быту абслугоўваемых імі рабочых, шляхам плянавых экскурсій на прадпрыемствы і рабочыя пасёлкі; абавязковае карыстаньне амбуляторнымі дактарамі матар'яламі па вывучэньню праф. захвораньняў; пэрыядычныя нарады дактароў сумесна з рабочымі адпаведных мерапрыемстваў па мэдыка-санітарным пытаньням.

б) У працы *дактароў дапамогі на даму:* устанавіць сувязь у працы дактароў дапамогі на даму з санітарнымі арганізацыямі і сан-асьветнай працай, дзейнасьці амбуляторый, больніц, дыспансэраў і кансультацый; пэрыядычныя справаздачы гэтых дактороў перад абслугоўваемымі застрахаванымі данага раёну; сваечасовае паведамленьне насельніцтва аб узбухах эпідэміі ў абслугоўваемым раёне; кансультацыя працы Санкамісій пры ЖАКТ'ах; абавязковае занясеньне ведаў аб мэд. дапамозе на даму і гісторыі хвароб даных хворых.

в) У мэтах вывучэньня і паглыбленьня дыспансэрных мэтадаў у працы дактароў дапамогі на даму стварыць з пачатку 1929-30 г. у Менску, Гомелю, Віцебску і Бабруйску па аднаму паказальнаму вучастку мэддапамогі на даму.

г) *Па пунктах першай дапамогі пры прадпрыемствах:* поўны перавод усіх мэдпунктаў першай дапамогі пры прадпрыемствах на дыспансэрную працу і зьнішчэньне спробы пэратварэньня некаторых мэд. пунктаў у амбуляторныя ўстановы; мэдпунктам праводзіць прафілактычную працу па вывучэньню праф. захвораньняў і прафшкоднасьцяў на прадпрыемствах, увязаўшы сваю дзейнасьць з Санітарнай Інспэкцыяй па ахове працы, Інстытутам па вывучэньню праф. захвораньняў.

д) *Па зубной мэддапамозе:* ухваляючы напрамак дзейнасьці зубн. габінэтаў, паасобных амбуляторый у адносінах дыспансэрызацыі зубн. дапамогі па прынцыпу ахопу цэлых груп рабочых на паасобных прадпрыемствах, пашырыць гэты мэтад і на іншыя рабочыя амбуляторыі ў БССР.

2. Распрацаваць абавязковыя для ўсіх амбуляторый правілы рэгістрацыі і прыёму хворых як у амбуляторыях, так і па аказваньню мэд. дапамогі на даму, у аснову якіх палажыць:

а) Пастанову НК РСІ СССР ад 7-XII-28 г. па рацыяналізацыі працы амбуляторый.

б) Абавязковае паказаньне на выдаваемых талёнах аб часох прыёму данага хворага.

в) Выдачу нумароў у разьмеры 15—30% на наступныя дні на тэрмін да 3-х дзён.

г) Запіс паўторных цяжкіх хворых на даму праз саміх дактароў, што не павінна, аднак прыводзіць да адмаўленьня ў рэгістрацыі па ініцыятыве саміх хворых.

д) Запіс рабочых на прыём у вячэрнія часы па тэлефону праз пункты першай дапамогі, фабмясцкомы і камісіі па ахове працы.

е) Прыстасаваньне прыёмаў у амбуляторыях да ўмоў працы на прадпрыемствах па зьменах.

ж) Спыненьне запісу дактароў да хворых на даму не раней 11-ці гадз.

з) Устанаўленьне па ўсіх амбуляторыях дакладных нямых даведак аб разьмеркаваньні і часох прыёму паасобных габінэтаў.

і) Гэтыя правілы апублікаваць у друку і распаўсюджваць іх па прадпрыемствам.

3. Устанавіць, як правіла,—выхад на работу дактароў дапамогі з 11 гадз. дню з тым, каб выключэньне па гэтаму пытаньню рабіць у выключных выпадках, па матывіраванаму дазволу адміністрацыі.

4. Адзначаючы значную рознастайнасьць у нагрузцы амбуляторый і дактароў дапамогі на даму па паасобных гарадох,—устанавіць аднолькавую сыстэму нармаваньня працы ўсіх дактароў пры аднолькавай сыстэме іх тарыфікацыі, улічваючы паясны падзел адпаведных гарадоў. Нормы ўзгадніць з Галоўсацстрахам і ЦП Мэдсанпрацы.

5. Прыняць крокі да большай спэцыялізацыі дактароў дапамогі на даму па дзіцячых хваробах.

6. У мэтах забясьпечаньня сапраўднай кансультацыйнай ролі кансультантаў амбуляторый—абавязаць апошніх застаўляць у

амбуляторыях на імя адпаведных дактароў дапамогі на даму вынікі агляду імі хворага з адпаведнымі кансультацыйнымі паказаньнямі і арганізаваць у магчымых выпадках кансультацыйныя нарады з леч. дактарамі.

7. Лічачы недастатковай правадзімую па БССР працу па вывучэньню праф. захворваньняў, распрацаваць сыстэму мерапрыемстваў па ўзмацненьню ролі гэтай галіны і палепшаньню ўмоў працы інстытуту прафзахворваньняў у Менску.

8. Упарадкаваць становішча па выдаткаваньню мэдыкамэнтаў, забясьпечыўшы выкананьне дактарамі парадку іх выпіскі хворым, згодна распрацаваных форм для ўжываньня ўфасаваных мэдыкамэнтаў.

9. Унесьці, як сыстэму, пэрыядычныя выезды спэцыялістых у рабочыя раёны для аказаньня спэцыяльнай мэд. дапамогі і заг. дыспансэрамі па інструктажу вучастковых дактароў і правядзеньню неабходных мерапрыемстваў па барацьбе з сацыяльнымі краёвымі хваробамі.

10. Зьнішчыць перабоі ў снабжэньні застрахаваных, якія жывуць у раёнах, дармовымі мэдыкамэнтамі, забясьпечыўшы плянавае і рацыянальнае скарыстаньне адпушчаемых на гэта сродкаў.

11. У мейсцах згрупаваньня значнага ліку батракоў, арганізаваць спэцыяльныя мэдпункты. Адначасова даць паказаньне вучастковым дактаром аб устаноўленьні парадку выдачы водпускаў батраком і інш. сельгаспадарчым рабочым па часовай непрацаздольнасьці па працоўных дагаворах без запатрабаваньняў інш. дакумэнтаў.

II. Па хуткай дапамозе.

1. НК Аховы Здароўя сумесна з адпаведнымі Гарсаветамі прыняць належныя крокі па забясьпечаньню хуткай дапамогі адпаведнымі памяшканьнямі, гаражамі і транспартам.

2. У мэтах барацьбы з неабгрунтавэнымі выклікамі хуткай дапамогі—распаўсюджваць для вывешваньня на прадпрыемствах і установах правілы карыстаньня хуткай дапамогай, асьвятліць пытаньні аб злоўжываньнях хуткай дапамогай у друку, агульных сходах і г. д.

3. Распрацаваць парадак карыстаньня спэцыяльным транспартам пры хуткай дапамозе для перавозу больнічных хворых, якія па стану сваёй хваробы звычайным транспартам карыстацца ня могуць.

4. Прыстасаваць дзяжурную мэддапамогу да ўмоў працы на прадпрыемствах.

III. Па стацыянарнай дапамозе.

1. Распрацаваць парадак і ўвесьці, як сыстэму, культурнае абслугоўваньне ня хворых, асабліва ў адносінах сан-асьветнай працы сярод іх у больніцах.

2. Распрацаваць сумесна з ЦП Мэдсанпрацы мерапрыемствы па барацьбе з парушэньнямі працоўнай дысцыпліны. Як адно з гэтых мерапрыемстваў і лічыць неабходным арганізацыю ў больніцах таварыскіх судоў.

3. Прыняць сумесна з ЦП Мэдсанпрацы неабходныя крокі па зьнішчэньню няпісьменнасьці сярод абслугоўваючага пэрсаналю і павышэньню іх кваліфікацыі.

Адначасова дагаварыцца з Біржамі Працы аб прымацаваньні да часовай замены пэрсаналу неабходнага ліку беспрацоўных адпаведнай кваліфікацыі да кожнай мэдыка-санітарнай установы.

4. Устанавіць па ўсіх больніцах рэгулярную зьмену бялізны і завесьці вучот агульнай зьмены бялізны па кожнаму пакою, шляхам вывешваньня ў кожным пакоі кантрольных лісткоў.

5. Забараніць згортваньне коечнага фонду больніц у летнія часы, прычым пры складаньні каштарысаў больніц прадугледжваць рэальныя сумы па забясьпечаньню працоўных норм.

6. У далейшым дапушчаць у заразлівыя баракі і іншыя больніцы мацярэй для нагляду за дзецьмі толькі да ўзросту 2-х год і прыняць крокі да поўнай ізаляцыі мацярэй у заразн. бараках на вызначаны тэрмін ад насельніцтва.

IV. Па барацьбе з сухотамі.

1. У мэтах разгрузкі сухотных дыспансэраў ад прыёму здаровых—распрацаваць па ўсіх дыспансэрах аднолькавы парадак прыёму хворых, па накіраваньню агульных амбуляторый і пры групавых абсьледваньнях. Адначасова практыкаваць па ўсіх дыспансэрах прымацаваньне даведвацеляў да сталых дактароў.

2. Пераглядзець часы прыёму і разьмеркаваньня аб'ёму працы сухотных дыспансэраў у паасобныя часткі дню ў бок большага прыстасаваньня іх да ўмоў рабочых. Такія-ж мерапрыемствы правесьці на вэндыспансэрах і ўстановах Ахматмладу.

3. У мэтах лепшага абслугоўваньня сухотных хворых—лічыць неабходным увядзеньне па ўсім акруговым дыспансэрам прыёмаў па гарлавой чахотцы і сухотам касьцей і арганізацыю костна-сухотных ложкаў для дарослых хворых.

4. Устанавіць адзіную сыстэму рэгістрацыі хворых у сухотных дыспансэрах і арганізаваць штогодняе вывучэньне захворваемасьці і сьмяротнасьці ад сухотаў, скарыстоўваючы дзеля гэтага матар'ял інш. лекава-прафілактычных установаў, ЗАГС-аў і Стат. бюро.

5. Завесьці сталы вучот патранажнае працы і дасягненьняў у гэтай частцы.

Камгасам і адміністрацыі прадпрыемстваў больш уважліва адносіцца да запатрабаваньняў дыспансэраў па прадстаўленьню сухотным хворым кватэр і пераводу сухотных хворых на лепшую працу.

6. Перадаць у падпарадкаваньне Мен. Акр. Інспэкцыі Аховы Здароўя сухотны санаторы „Чырвоны Кастрычнік“, псыхічную калёнію „Навінкі“ і Віцебскай Акр. Інспэкц. Аховы Здароўя костна-сухотна санаторы для дзяцей у Чарніцах імя Кастрычнікавай

Рэвалюцыі, заставіўшы існуючы парадак фінансаваньня і разьмеркаваньня мейсц.

7. Распрацаваць праз сухотны Інстытут, пры ўдзеле Галоўсацстраху, дакладныя паказаньні аб парадку накіраваньня хворых у сухотныя санаторыі, улічыўшы кліматычныя, мэтэоролёгічныя ўмовы мейсц знаходжаньня сухотных санаторыяў.

8. Прапанаваць Акр. Інсп. Аховы Здароўя поўнасьцю і своечасова скарыстоўваць прадстаўляемыя ім мейсцы ў санаторыі для костна-сухотных дзяцей у Чарніцах, своечасова забіраць хворых, падлягаючых выпісцы, забясьпечыўшы поўнае выкананьне ўстаноўленага проценту мейсц для застрахаваных.

9. У мэтах эканоміі сродкаў па пасылцы дзяцей з косна-сухотнага санаторыя ў Чарніцах да Менску для атрыманьня пратэзаў, большага забясьпечаньня хворых дзяцей пратэзамі і ўтварэньня магчымасьці большага звароту коек у санаторыі, арганізаваць на гаспадарчых пачатках пры санаторыі пратэзную майстэрню.

V. Па барацьбе з вэнэрычнымі захворваньнямі.

1. У мэтах утварэньня спрыяючых умоў для большага даведваньня вэндыспансэраў, ізоляцыі паасобных катэгорый вэнхворых і барацьбы з прыватнай практыкай, НКАховы Здароўя сумесна з адпаведнымі Гарсаветамі прыняць суадпаведныя крокі па забясьпечаньню вэндыспансэраў адпаведнымі памяшканьнямі і адпаведным іх абсталяваньнем, у першую чаргу ў Полацку, і стварэньня прафілакторыяў.

2. Узмацніць прафілактычную працу вэндыспансэраў, распаўсюджыўшы на ўсе дыспансэры абавязковае наведваньне ім у ўстаноўленым парадку кансультацыі для дзяцей і цяжарных.

3. Разгрузіць вэнэрычныя і сухотныя дыспансэры ад мэдагляда ў харчавікоў і работнікаў Нархарчу і інш., якую працу праводзіць праз адпаведныя камісіі пры інспэктурах Аховы Здароўя.

VI. Па псіхзахворваньням і барацьбе з алкагалізмам.

1. У мэтах большага забясьпечаньня псыхічных хворых стацыянарнай дапамогай, праводзіць пэрыядычную разгрузку псых. больніц ад хронічных хворых, шляхам пераводу іх у псых. калёніі і перадачы на патранаж.

2. У мэтах барацьбы з алкагалізмам, побач з прадугледжанымі па 5-цігадовому пляну адчыненьнем псыха-нэўралёгічных дыспансэраў, забраніраваць пэўны лік мейсц для вострых выпадкаў алкагольных ап'яненьняў у псыхічных больніцах.

VII. Па ахове мацярынства і младзенства.

1. Для палепшаньня працы кансультацый ўвесьці вячэрнія гадзіны працы кансультацый, ахапіць абслугоўваньне імі дзяцей старэйшага ўзросту (3—4 гады), арганізаваць у буйных гарадох цэнтральныя малочныя кухні для снабжэньня ўсіх дзіцячых кансультацый і водпуску сьмесяў і малака за плату (прынцыпы і разьмеры платы ўзгадняць з Гарсаветамі і праф. арганізацыямі); завесьці кансультацыйныя дні працаўнікоў дыспансэраў у кансультацыях, распрацаваць мерапрыемствы па спэцыялізацыі дактароў кансультацый па сухотных і вэнэрычных хваробах.

2. У мэтах барацьбы з падкідваньнем дзяцей—палепшыць працу Савету сацыяльнай дапамогі і распрацаваць неабходныя мерапрыемствы па ўзмацненьню іх матар'яльнай базы і разгортваньню майстэрняў для адзіночак. Стварыць Саветы Сацыяльнай дапамогі пры ўсіх раённых кансультацыях.

3. Канстатуючы пагражаючыя разьмеры абортаў сярод працоўных жанчын—распрацаваць сыстэму мерапрыемстваў па ўзмацненьню барацьбы з абортамі і прафілактыцы цяжарнасьці (узмацненьне сан. асьветнай працы сярод працоўных жанчын, выданьне на нацыянальных мовах папулярнай літэратуры па пытаньню аб абортах і прафілактычных сродках супроць цяжарнасьці і г. д.).

4. У мэтах паглыбленьня ўплыву дзіцячых кансультацый у раёнах на радзільныя дамы—увесьці сыстэматычныя наведваньні апошніх працаўнікамі кансультацый і ўзаемную інфармацыю.

VIII. Па ахове здароўя дзяцей.

1. У мэтах найбольш правільнага скарыстаньня ўсіх школьна-санітарных дактароў і поўнай канцэнтрацыі кіраўніцтва іх працай,—пры дзіцячых дыспансэрах, перадаць поўнасьцю з 29/30 г. школьна-санітарных дактароў, падпарадкаваных органам НКАсьветы, у веданьне Аховы Здароўя, у сувязі з чым унесьці адпаведныя зьмены ў каштарысы НКАсьветы і НК Аховы Здароўя на 1929-30 г.

2. Вывучыць нагрузку школьна-санітарных дактароў і ўстанавіць кантроль дзіцячых дыспансэраў за дзейнасьцю гэтых дактароў у школах, шляхам устанаўленьня сталых расьпісаньняў працы—дактароў у школах, увядзеньня ва ўсіх школах санітарных журналаў і пэрыядычных наведваньняў школ заг. дзіцячых дыспансэраў.

3. У мэтах забясьпечаньня большай плянавасьці ў працы дактароў АЗДП па навучальных установах,—абслугоўваньне дзіцячых дамоў у тых гарадох, дзе маюцца некалькі дактароў АЗДП, праводзіцца паасобнымі дактарамі.

4. Лічыць мэтазгодным увядзеньне санітарнага абслугоўваньня дактарамі АЗДП Тэхнікумаў і ВУЗ'аў.

5. У мэтах найбольш поўнага скарыстаньня працоўнага часу дактароў АЗДП, дагаварыцца з НКАсьветы аб абавязковым прадстаўленьні дактаром на час іх працы паасобных пакояў.

6. Лічучы ненармальным няпоўнае скарыстаньне адпушчаемых сродкаў на арганізацыю летніх калёній для рабочых падлёт-

каў (Гомель),—у далейшым забясьпечыць поўнае правядзеньне і пашырэньне гэтых мерапрыемстваў.

7. Распрацаваць сумесна з НКПрацы і ЦСПСБ прававыя нормы па ўтварэньню магчымасьці пераводу рабочых падлеткаў, згодна паказаньню дзіцячых дыспансэраў, з адных работ на іншыя.

8. Прапанаваць усім Інспэктарам Аховы Здароўя абавязкова ўключаць у каштарысы па мясцоваму бюджэту сродкі на арганізацыю летніх аздаравіцельных кампаній сярод юных піянэраў.

9. Побач з неабходным узмацненьнем шэфскай працы дактароў над піянэрамі,—канцэнтраваць кіраўніцтва мэд. аглядамі піянэр-атрадаў пры дзіцячых дыспансэрах.

10. Улічваючы адсутнасьць навукова-дасьследчага цэнтру па АЗДП у БССР ускласьці паасобныя кансультацыйныя функцыі ў адносінах пэрыфэрыйных дыспансэраў на Менскі Дзіцячы Дыспансэр і Цэнтр. Дзіцячы Дасьледчы габінэт, увязаўшы іх працу.

11. Увесьці аднолькавую сыстэму вучоту і справаздачнасьці па ўстановах АЗДП.

IX. Па санітарнай арганізацыі.

1. Распрацаваць палажэньне аб дзейнасьці санітарных арганізацый на мясцох.

2. Узмацніць санітарны нагляд за грамадзкім харчаваньнем і прадставіць саніт. арганізацыі права накладваць адміністрацыйныя пакараньні на заг. устаноў і перадачы справы ў судовыя органы. Апошняе ўзгадніць з адпаведнымі органамі.

3. Забараніць усялякае будаўніцтва без узгадненьня праэктаў з санітарнай арганізацыяй.

4. Сканцэнтраваць увесь выраб восьпенага дэтрыту пры дзяржаўным мікробіолёгічным інстытуце і пашырыць дармовы водпуск лекавых сываротак лекав. установам. Водпуск сываротак у далейшым праводзіць пры вучоце ступені іх скарыстаньня мэд. установамі.

5. У мэтах большага разгортваньня працы ляботарорый і інстытутаў па санітарна-гігіенічным дасьледваньням, — лічыць мэтазгодным увядзеньне ўнутры больнічных і амбуляторных ляборатoрый для вытварэньня нескладаных клінічных аналізаў.

X. Па фінансаваньню мэд. устаноў і тарыфікацыі мэдпэрсаналу.

1. Правесьці дэцэнтралізацыю каштарысаў па мэд. установах Менскай акругі.

2. Лічыць неабходным паступовы перавод датацый ляч. фонду Сацстраху на гаспадарчыя выдаткі і зарплату мэд. пэрсаналу на бюджэт (у першую чаргу дзяржаўную) з тым, каб сродкі ляч. фонду скарыстоўваць на будаўніцтва і абсталяваньне мэд. устаноў для прафілактычных мерапрыемстваў і іншыя мерапрыемствы па палепшаньню якасьці абслугоўваньня застрахаваных. НКАЗ узмацніць нагляд за выдаткаваньнем лек. фонду па прамому прызначэньню.

3. Лічыць найбольш правільным, каб утрыманьне інстытуту ўрачэбнага кантролю праводзілася па арганізацыйным выдаткам органаў Сацстраху, а не па ляч. фонду.

4. Адзначаючы недапушчальную зацяжку ў будаўніцтве начного стацыянару ў Полацку, забясьпечыць хутчэйшае сканчэньне гэтага будаўніцтва.

5. Адабраючы ўзяты НКПрацы напрамак выраўніваньня зарплаты мэд. пэрсаналу—працягваць гэту працу і далей з тым, каб па меры росту сталай зарплаты па мясцоваму і дзяржаўнаму бюджэтам, паменшыць датацыі на зарплату з лекавага фонду.

6. Побач з прадугледжаным па 5-цігадоваму пляну агульным ростам зарплаты мэд. пэрсаналу,—лічыць неабходным найбольшае забясьпечаньне санітарных, школьна-санітарных і дактароў дапамогі на даму і ўвядзеньне дыфэрэнцыяцыі аплаты мэдпэрсаналу ў залежнасьці ад стажу.

7. Лічыць неправільным падыход Акр. Інспэктур Аховы Здароўя па скарыстаньню дактароў-адантолёгаў на ніжэй аплачваемых пасадах зубных дактароў і ў далейшым устанавіць аплату адантолёгам, як і ўсім амбуляторным дактаром.

8. У далейшым прадугледжваць па каштарысу адпаведныя сродкі на зьмену дактароў, камандыруемых на курсы ўдасканаленьня.

9. Спыніць харчаваньне мэд. пэрсаналу ў больніцах і інш. мэд. установах, якое не прадугледжана па каштарысу.

10. Улічваючы, што пры зноў устаноўленым парадку адлічэньняў у ляч. фонд, непаведамленьне страхавацелямі пры ўплаце страхавых узносаў зьвестак аб колькасьці застрахаваных пагражае значнаму недабору па ляч. фонду,—Галоўсацстраху ўскласьці адказнасьць на страхавацеляў за несваячасовае паведамленьне аб колькасьці застрахаваных у аднолькавай ступені, як за несваечасовую ўплату страхавых узносаў.

XI. Па рэгуляваньню кадраў мэд. пэрсаналу.

1. Пашырыць палажэньне аб абавязковай службе ў БССР на ўсіх сканчваючых мэдфак БДУ.

2. Распрацаваць мерапрыемствы па павялічэньню падрыхтоўкі сярэдняга і малодшага мэд. пэрсаналу.

3. Забараніць дактаром займаць больш 2-х пасад і заг. больніц і амбуляторый (у першую чаргу гарадзкіх) займацца прыватнай практыкай, у сувязі з чым НКАЗ, сумесна з ЦП Мэдсанпрацы, пераглядзець парадак аплаты гэтых пасад.

Адначасова ўстанавіць пералік іншых мэд. санітарных устаноў, загадчыкі якіх па характару дзейнасьці гэтых устаноў таксама не павінны будуць займацца прыватнай практыкай.

4. У далейшым не дапушчаць пасылкі на мейсцы індывідуальных камандыровак дактарам на курсы ўдасканаленьня, прадставіўшы адбор кандыдатур выключна мейсцам.

XII. Па ўрачэбнаму кантролю.

1. НКАховы Здароўя сумесна з Галоўсацстрахам прыняць належныя крокі па ўстанаўленьню дастатковага кантакту ў працы лечачых і даверaных дактароў, прычым апошнім побач з кантрольнай дзейнасьцю праводзіць прафіл. працу, увязаўшы яе з органамі Аховы Здароўя.

2. Лічучы формы ўрачэбнага кантролю недастатковымі для эфэктыўнай барацьбы з сімуляцыямі—Галоўсацстраху прыдаць грамадзкі характар працы давераных дактароў, шляхам устанаўленьня сувязі з прадпрыемствамі і сваечасовых паведамленьняў гаспадарнікаў і ФЗМК аб выяўляемых выпадках сімуляцыі і інш. неправільнасьцяў па скарыстаньню водпускаў па часовай непрацаздольнасьці, асьвятленьню задач сацстраху і ўрачэбнага кантролю і найбольш тыпічных выпадкаў сімуляцыі на рабочых сходах, у друку і г. д.

Адначасова лічыць неабходным арганізаваць спэцыяльны рабочы кантроль над выдачай водпускаў па часовай непрацаздольнасьці і парадкам іх скарыстаньня з прадстаўнікоў рабочых адпаведных прадпрыемстваў.

3. Канстатуючы асабліва высокія паказацелі па выдачы кароткатэрміновых водпускаў (да 3-х дзён), урачэбнаму кантролю ўзмацніць вывучэньне і кантроль па гэтаму пытаньню.

XIII. Па грамадзкай дзейнасьці і рабочаму кантролю.

1. У мэтах узмацненьня ўдзелу рабочых у штодзённай працы мэд. установў, лічыць неабходным утварэньне пры рабочых амбуляторыях і больніцах камісій аховы працы і быту з прадстаўнікоў рабочых адпаведных прадпрыемстваў.

2. Паставіць пытаньне перад ЦП Саюзу Мэдсанпрацы аб узмацненьні ўдзелу дактароў у працы вытворчых нарад.

XIV. Адначасова прапанаваць НКАЗ Бел.

1. Катэгарычна прапанаваць акруговым інспэктурам Аховы Здароўя поўнасьцю выконваць свае функцыі па сыстэматычнаму і сваечасоваму інспэктыраваньню і інструктажу мэд. установў і ўстанавіць плянавы жывы інструктаж мейсц з боку НКАЗ.

НКАЗ прыступіць да плянавай арганізацыі і правядзеньня сыстэматычнай самарацыяналізатарскай працы па мэдыка-санітарных установах БССР.

2. Зьвярнуць увагу органаў Аховы Здароўя, прафарганізацыі Саюзу Мэдсанпрацы і ўсіх мэд. працаўнікоў на неабходнасьць узмацненьня барацьбы з маючыміся яшчэ няўважлівымі фармальнымі адносінамі да хворых з боку часткі дактароў.

Адначасова распрацаваць сыстэму мераприемстваў па барацьбе з злоўжываньнямі мэд. дапамогай з боку насельніцтва, выпадкамі грубых адносін некаторых хворых да дактароў і момантамі хуліганства, завастраючы грамадзкую думку па гэтых пытаньнях на рабочых сходах, праз асьвятленьні ў друку і г. д.

3. Устанавіць наступны каляндарны плян гэтай пастановы:

Каляндарны плян

выкананьня пастаноў Калегіі НК РСІ Бел. аб мэдыка-санітарным абслугоўваньні застрахаваных

Падзелы	Не пазьней:				
	1/VII-29 г.	15/VIII-29 г.	1/IX-29 г.	1/X-29 г.	1/I-30 г.
	Пункты:				
I	2, 3, 6, 11	1, 8	—	4, 7, 9, 10	—
II	3, 4	—	—	—	—
III	4	—	1	2, 3, 5, 6	—
IV	8	1, 2, 9	6, 7	4, 5, 8	3
V	2	—	—	—	3
VI	—	—	—	2	—
VII	4	—	—	1, 2, 3	—
VIII	5, 6, 8	9, 10, 11	—	1, 2, 3, 5	7
IX	—	—	—	1, 2, 4, 5	
X	4, 9	—	—	1, 3, 7, 8	
XI	4	—	1, 2	—	3
XII	1, 2, 3	—	—	—	—
XIII	—	1	—	—	—
XIV	1, 2	—	—	—	—

Астатнія прапановы лічыць неабходнымі да паступовага ажыцьцяўленьня ў найбольш працяжны тэрмін.

4. Прапанаваць Менскай, Віцебскай, Гомельскай, Бабруйскай і Полацкай Інспэктурам Аховы Здароўя, на падставе памянёных агульных прапаноў па БССР і прапаноў па паасобных абсьледваньнях мэд. установ,— скласьці ў 2-хтыднёвы тэрмін каляндарны плян іх выкананьня і даць адпаведныя дырэктывы паасобным мэд. установам, забясьпечыўшы своечасовае правядзеньне іх у жыцьцё.

5. Даручыць Гарсаветам арганізаваць праз сэкцыі Аховы Здароўя і РСІ пэрыядычныя праверкі выкананьня гэтых прапаноў.

6. Групе Працы і быту НК РСІ правесьці праверку выкананьня гэтых прапаноў не пазьней 1-га лютага 1930 г.

7. Пастанову абвясьціць у часопісу „Бел. Мэд. Думка".

Нам. Наркома РСІ БССР *Конанаў*.

Ст. Інспэктар *Манусевіч*.

Пастанова Савету Народных Камісараў БССР

па дакладу Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя аб санітарным становішчы Рэспублікі і дзейнасьці санітарных органаў.

Выслухаўшы даклад Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, Савет Народных Камісараў БССР пастанаўляе:

1. Ня гледзячы на цэлы шэраг дасягненьняў у справе палепшаньня санітарнага становішча Рэспублікі, у зьвязку з чым паменшылася эпідэмічнасьць, павялічылася нараджальнасьць і панізілася сьмяротнасьць, адзначыць, што:

а) цяперашняе санітарнае становішча Рэспублікі зьяўляецца яшчэ ня зусім здавальняючым;

б) ёсьць сацыяльна-бытавыя хваробы;

в) у параўнаньні з тэмпам разьвіцьця народнае гаспадаркі, у паасобку прамысловасьці, мерапрыемстваў па камунальна-кватэрнаму будаўніцтву і ўпарадкаваньнем залюдненых месц, становішча і рост санітарнае арганізацыі не адпавядае патрэбам санітарнага абслугоўваньня Рэспублікі;

г) санітарныя арганізацыі яшчэ зусім не выстарчальна мабілізавалі актыўнасьць і сілы насельніцтва для штодзённых мерапрыемстваў па змаганьню з антысанітарнымі зьявішчамі.

2. Біручы пад увагу, што палепшаньне санітарнага становішча Рэспублікі, працы і быту працоўных зьяўляецца важнай задачай у агульнай сыстэме будаўніцтва БССР, як адзін з відаў практычнага ажыцьцяўленьня ідэй культурнай рэвалюцыі,—зьвярнуць увагу Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя на паглыбленьне і пашырэньне дзейнасьці санітарных органаў у адпаведнасьці з агульным ростам будаўніцтва Рэспублікі і ростам санітарных патрэб.

3. Біручы пад увагу, што ўсе камунальныя мерапрыемствы ў гарадох і мястэчках і мерапрыемствы па ўпарадкаваньню вёскі (сельскае будаўніцтва, вадазабясьпека, мэліярацыйныя мерапрыемствы і інш.) зьяўляюцца асноўнымі мерапрыемствамі шырокай профілактыкі і аздараўленьня залюднёных месц Рэспублікі, даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя зьвярнуць асаблівую ўвагу на санітарна-тэхнічнае абслугоўваньне, вывучэньне і сталы нагляд у галіне гэтых мерапрыемстваў.

Даручыць Народнаму Камісарыяту Унутраных Спраў, Народнаму Камісарыяту Земляробства, Вышэйшаму Савету Народнае Гаспадаркі, Акруговым Выканаўчым Камітэтам і іншым установам і арганізацыям увязаць свае пляны з патрэбамі санітарнага аздараўленьня Рэспублікі. Санітарныя мерапрыемствы, што робяцца пры гэтым, павінны ўзгадняцца з санітарнымі органамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя. Асабліва гэта тычыцца рабочага і камунальнага будаўніцтва, вадазабясьпекі, знадворнай ачысткі гарадоў і мястэчак, упарадкаваньня харчовых рынкаў і будаўніцтва лазьняў на вёсцы.

4. Запрапанаваць акруговым выканаўчым камітэтам зьвярнуць асаблівую ўвагу на прыцягненьне сродкаў насельніцтва для мерапрыемстваў па санітарнаму аздараўленьню вёскі, асабліва па будаўніцтву лазьняў і палепшаньне вадазабясьпекі, а таксама прадугледзіць на гэтыя мэты ў дадатак да сродкаў насельніцтва сродкі па бюджэту.

5. Запрапанаваць акруговым выканаўчым камітэтам неадкладна ўжыць захады да ачысткі гарадоў і мястэчак.

Даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя разам з Народным Камісарыятам Унутраных Спраў распрацаваць правілы санітарнай ачысткі.

6. Біручы пад увагу ўсё яшчэ нездавальняючае санітарнае становішча ў харчовай прамысловасьці і гандлю, у паасобку мясной (разьніца, каўбасныя фабрыкі і інш.) запрапанаваць Народнаму Камісарыяту Гандлю і каапэрацыйным арганізацыям і акруговым выканаўчым камітэтам прадугледзіць у плянавым парадку мерапрыемствы для палепшаньня гэтае справы, а Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя ўзмацніць санітарны нагляд і кантроль за прадуктамі харчаваньня, у месцы вырабу і ў месцы гандлю, а таксама ўзмацніць санітарны нагляд за грамадзкім харчаваньнем.

7. Біручы пад увагу, што ўсе аздараўляцельныя мерапрыемствы цалкам могуць быць ажыцьцяўлены толькі пры актыўным удзеле ў іх саміх працоўных, запрапанаваць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя, Акруговым Выканаўчым Камітэтам разам з ЦСПСБ зьвярнуць асаблівую ўвагу на ажыўленьне працы існуючых грамадзкіх санітарных арганізацый, сэкцый гарадзкіх саветаў, санітарных камісій і саветаў сацыяльнае дапамогі (пры жылішчных таварыствах, сельскіх саветах, дыспансэрах і інш.).

8. Запрапанаваць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя, Народнаму Камісарыяту Фінансаў і Дзяржаўнай Плянавай Камісіі

прадугледзіць у плянавым парадку наступныя мерапрыемствы:

а) узмацненьне змаганьня з эпідэміямі і сацыяльна-бытавымі хваробамі, асабліва ў пагранічнай частцы БССР, якая больш пацярпела ў часе мінулых войн і ўвязваньне супроцьэпідэмічных мерапрыемстваў з мерапрыемствамі агульна-аздаравіцельнага парадку;

б) прадугледжваньне па каштарысу сродкаў на навукова-дасьледчую працу;

в) пашырэньне і ўзмацненьне санітарна-асьветнай працы ў гарадох праз дамы санітарнай асьветы, рабочыя клюбы і на вёсцы праз хаты-чытальні і школы; пашырэньне выданьня папулярнай санітарна-асьветнай літаратуры на нацыянальных мовах, што павінна быць прадугледжана плянам Беларускага Дзяржаўнага Выдавецтва;

г) падняцьце кваліфікацыі існуючага кадру санітарных дактароў, пераважна ў галіне санітарнай тэхнікі і камунальнае санітарыі і падрыхтоўку новага кадру з выпуску Мэдычнага Факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

9. Адзначаючы нездавальняючыя ўмовы для дзейнасьці Санітарна-Гігіенічнага Інстытуту, даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя падаць праз Дзяржаўную Плянавую Камісію ў Савет Народных Камісараў прапановы пра палепшаньне яго дзейнасьці.

10. Даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя і Народнаму Камісарыяту Працы абмеркаваць пытаньне пра павялічэньні аплаты санітарных работнікаў, а таксама зьвярнуць увагу на палепшаньне іх бытавых умоў і ўмоў працы.

11. Даручыць Акруговым Выканаўчым Камітэтам арганізаваць ва ўсіх буйных цэнтрах лоўлю брадзячых сабак. Даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя і Народнаму Камісарыяту Земляробства падаць у Савет Народных Камісараў праект пастановы па змаганьні з шаленствам.

12. Даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя распрацаваць палажэньне аб нормах пабудовы санітарнай сеткі і санітарнага абслугоўваньня і на працягу двох месяцаў падаць праз Дзяржаўную Плянавую Камісію на зацьверджаньне Савету Народных Камісараў.

Нам. Старшыні Савету Народных Камісараў БССР *М. Карклін.*

Нам. Кіраўніка Спраў Савету Народных Камісараў і Эканамічнай Нарады БССР *Дубавіцкі.*

ЗЬМЕСТ.